

Centro Municipal de Formação de Futsal

Ficha de inscrição 2017/2018



Identificação do jogador

Nome

Morada

Data de nascimento Dia Mês Ano Participou em anos anteriores Sim Não

Estabelecimento de ensino que frequenta

Observações

Identificação do encarregado de educação

Nome

Morada

Grau de parentesco Contacto telefónico

Endereço eletrónico

Termo de responsabilidade

Eu , encarregado de educação de , solicito a inscrição do meu educando no Centro Municipal de Formação de Futsal e confirmo a inexistência de quaisquer contraindicações para a prática de atividades físicas.

Mais informo que assumo a inteira responsabilidade na vigilância e acompanhamento médico do meu educando, comprometendo-me a informar o Centro Municipal de Formação de Futsal no caso de se verificar algum impedimento que possa pôr em causa o seu estado de saúde.

Aceitar (Preenchimento obrigatório)

Enviar
dd@cm-loures.pt

Nota: Em caso de dificuldade de envio, guardar o ficheiro e enviar para dd@cm-loures.pt