



Modalidade - SPD__MTB__BMX__Cicloturismo__ N° FPC: _____ Data da filiação __/__/__

O atleta assinado nos termos das leis e regulamentos que declara conhecer, solicita seu registro como ATLETA AMADOR

Na categoria _____ pelo Clube/Equipe _____

Prestando sob sua inteira responsabilidade, as informações abaixo:

Nome: _____

Data de Nascimento: __/__/__ Natural de: _____ Nacionalidade: _____

Filiação - Pai: _____ Mãe: _____

Residente à _____ n° _____ Apto _____

Bairro _____ Cidade _____ UF _____

CEP _____ Fone Res. _____ Fone Com _____

R.G _____ Data de Expedição __/__/__ Órgão Expedidor _____

E-mail: _____ CPF _____

Vem mui respeitosamente requerer sua inscrição pela Equipe e Categoria acima declaradas, a fim de participar durante o ano de 20__, nas competições previstas no calendário oficial. Declarando outrossim, respeitar disciplinadamente normas e regulamentos da modalidade esportiva, isentando FEDERAÇÃO PAULISTA DE CICLISMO e seus dirigentes de toda e qualquer responsabilidade, na eventual ocorrência de acidentes durante treinamentos, preparações especializadas ou em competições oficiais, mesmo as ocorridas fora de São Paulo, representando ou não a entidade.

São Paulo, em ____ de ____ de 20__

Assinatura do Atleta

Carimbo e assinatura do Presidente do Clube



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA JUVENTUDE ESPORTE E LAZER



FEDERAÇÃO PAULISTA DE CICLISMO (desde 1925) Presidente: Marcos Mazzaron

Rua Dona Germaine Burchard, n° 451 - 2° andar CEP 05002 062 Água Branca - SP

www.fpciclismo.org.br - Fone/Fax: (11) 4367-3777 - e-mail: fpc@fpciclismo.org.br

Filiada a CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE CICLISMO



EU, _____ abaixo assinado portador de

RG _____ Data de Expedição __/__/__ Órgão Expedidor _____

Residente na _____ N° _____ Apto. _____

Bairro _____ Cidade _____ UF _____

CEP _____ Fone _____ Email _____

Autorizo o menor _____ a participar das competições de ciclismo / mountain bike organizadas pela FEDERAÇÃO PAULISTA DE CICLISMO, durante a temporada de 20__, isentando os promotores de qualquer responsabilidade, nos termos acima descritos dos quais me torno parte integrante.

São Paulo, ____ de ____ de 20__

Assinatura do Pai ou Responsável

ATESTADO MÉDICO:

Para os devidos fins, atesto que o atleta _____

Foi por mim examinado, encontrando-se em perfeitas condições de saúde para prática de ciclismo e/ou mountain bike de competições, tendo o seguinte tipo sanguíneo _____ fator RH _____

Carimbo, assinatura e CRM do médico

FOTO



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA JUVENTUDE ESPORTE E LAZER

