**FICHA DE INSCRIÇÃO**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO(A) ATLETA** |
| **NOME** | **CPF** |
|  |  |
| **RG** | **ORGÃO EXPEDIDOR** | **DATA DE EMISSÃO** |
|  |  |  |
| **SEXO** | **DATA DE NASCIMENTO** | **IDADE** |
|  |  |  |
| **CELULAR** | **E-MAIL** |
|  |  |
| **MODALIDADE** | **CATEGORIA (BASE, ALTO RENDIMENTO OU OLÍMPICO)** | **ATLETA OU PARATLETA** |
|  |  |  |
| **ENDEREÇO** | **BAIRRO** | **COMPLEMENTO** |
|  |  |  |
| **CIDADE/AM** | **CEP**  | **JÁ RECEBE PATROCÍNIO?****Escreva SIM ou NÃO** |
|  |  |  |
| **DADOS DO (A) RESPONSÁVEL LEGAL** |
| **NOME** | **CPF** |
|  |  |
| **RG** | **ORGÃO EXPEDIDOR** | **DATA DE EMISSÃO** |
|  |  |  |
| **SEXO** | **DATA DE NASCIMENTO** | **IDADE** |
|  |  |  |
| **CELULAR** | **E-MAIL** |
|  |  |
| **BAIRRO** | **CEP** | **COMPLEMENTO** |
|  |  |  |
| **CIDADE** | **ENDEREÇO** | **GRAU DE PARENTESCO** |
|  |  |  |
| **DADOS BANCÁRIOS** |
| **BANCO** | **CONTA CORRENTE** |
|  |  |
| **AGÊNCIA BANCÁRIA Nº** | **NOME DO TITULAR:** |
|  |  |

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

**DECLARO** que todas as informações prestadas à Fundação Amazonas de Alto Rendimento - FAAR, para fins de inscrição nas vagas contidas do Edital nº 001/2023 – FAAR por meio do presente documento, são verdadeiras, bem como autorizo a inscrição no Programa Bolsa Esporte Estadual.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA

NOME DO (A) ATLETA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA

NOME DO (A) RESPONSÁVEL