

**CADASTRO E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS
JOGADOR AMADOR PRÉ-JUVENIL E JUVENIL**

Nome completo					
Data Nasc. DD/MM/AA	/	/	Naturalidade/UF		
RG nº		Órgão de Expedição/ UF		CPF nº	
Nome da Escola					
Endereço completo (Residencial)				CEP	
Celular nº			Email		
Clube afiliado			Cód. HCP		
Possui plano de saúde?	() NÃO () SIM Qual?				
Tem alergia a algum medicamento ?	() NÃO () SIM Qual?				
Contato em caso de emergência	Nome: Parentesco:		Telefone:		
Concordo que meu filho(a) seja fotografado em torneios e/ou treinamentos para fins de publicidade	() SIM () NÃO				

INFORMAÇÕES DOS RESPONSÁVEIS**PAI**

Nome completo				
Endereço completo (Residencial)			CEP	
Telefone Resid./Comer.			Celular nº	
E-mail				

MÃE

Nome completo				
Endereço completo (Residencial)			CEP	
Telefone Resid./Comer.			Celular nº	
E-mail				

- Ao assinar este Cadastro, declaro que as informações acima são verdadeiras;
- Declaro estar ciente e plenamente de acordo com o código de conduta da CBG;
Endereço para envio:
Rua Pais de Araujo, nº 29 conj. 94/95/96 – CEP: 04531-090 – São Paulo/SP
Email: aduarte@cbg.com.br

Assinatura do jogador

_____/_____/_____
Data_____
Assinatura do Responsável / Nome