

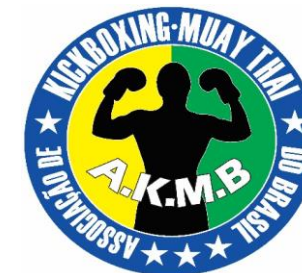
ASSOCIAÇÃO DE KICKBOXING E MUAY THAI DO BRASIL - A.K.M.B

Fundada em 13 de Março de 2004

CNPJ. 08.331.307/0001-87

DEPARTAMENTO TÉCNICO DE KICKBOXING

CARTEIRINHA Nº



NOME: _____

NASCIDO EM: _____ DATA: _____

ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____

RESIDENTE À: _____ N.º _____

BAIRRO: _____ CEP.: _____

CIDADE: _____ U.F _____

TELEFONE: () _____ CELULAR: () _____

E-MAIL: _____ CPF. N.: _____

NOME DA ACADEMIA / EQUIPE: _____

TREINADOR: _____

SISTEMA DE GRADUAÇÃO OFICIAL DA A.K.M.B

FAIXA	DATA DE EXAME	TEMPO
FAIXA BRANCA		02 MESES (FILIAÇÃO)
FAIXA AMARELA		05 MESES
FAIXA LARANJA		09 MESES
FAIXA VERDE		10 MESES
FAIXA AZUL		12 MESES
FAIXA MARROM		18 MESES
FAIXA PRETA, 1º DAN		24 MESES (MAIOR DE IDADE)
FAIXA PRETA, 2º DAN		30 MESES
FAIXA PRETA, 3º DAN		36 MESES
FAIXA PRETA, 4º DAN		NOMEADO PELA (A.K.M.B)
FAIXA PRETA, 5º DAN		NOMEADO PELA (A.K.M.B)
FAIXA PRETA, 6º DAN		NOMEADO PELA (A.K.M.B)

COMPROMISSO DE INSCRIÇÃO DO FILIADO:

Venho por meio desta solicitar o requerimento à A.K.M.B a minha filiação e renovação a esta Organização e ou Entidade.
 Declaro estar ciente com os termos do Estatuto e suas Normas Estatutárias.
 Declaro estar apto fisicamente e mentalmente para participar de treinamentos e competições das modalidades KickBoxing e Muay Thai. Tendo em vista que é um esporte de contato que poderá resultar em lesões.
 Sendo do sexo feminino, declaro não estar grávida.
 Estou de acordo com os primeiros socorros que serão prestados no local, e eventualmente em hospitais e/ou órgãos municipais, Estaduais ou particulares a serviço A.K.M.B e seus respectivos representante e filiados legais. Isentando-os de qualquer tipo de responsabilidade judicial.
 Autorizo o uso da minha imagem para os canais de divulgação, redes sociais etc.
 Caso seja menor de idade, necessário os responsáveis estar cientes e de acordo com os termos citados acima.

Assinatura do Atleta

Cópia do RG, CPF, Comprovante de Endereço, Foto 3X4

Assinatura ou Responsável quando Menor de Idade.

Cópia do RG ou Certidão de Nascimento do Atleta, CPF, Comprovante de Endereço, Foto 3X4, Cópia do RG do Responsável do Menor de Idade.

Assinatura do Treinador (a).

Assinatura do Presidente da A.K.M.B.

DATA: ____ / ____ / ____.