



FILIAÇÃO DE DOJO (Academia)

Sócio N°: _____

NOME DO DOJO (Academia): _____

NIF: _____

MORADA: _____

CÓDIGO POSTAL: _____

TLF/FAX/TLM: _____

EMAIL: _____

INSTRUTOR/MESTRE: _____

DECLARO PARA OS DEVIDOS EFEITOS QUE TOMEI CONHECIMENTO DOS ESTATUTOS E REGULAMENTOS DA "ASSOCIAÇÃO ARTES MARCIAIS UNIDAS" E QUE ACEITO OS MESMOS.

Data

O RESPONSÁVEL DO DOJO

(dia/mês/ano)

(assinatura e carimbo)

ASSOCIAÇÃO ARTES MARCIAIS UNIDAS
Rua da Moimenta,66
4485-494 Mindelo (VCD)
Portugal