



FOTO

FILIAÇÃO DE PRATICANTE

PRATICANTE

INSTRUTOR

Sócio N°: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Bilhete de Identificação (BI/CC/TR) N°: _____

Residência: _____

Código Postal: _____ Localidade _____

Tlf/Fax/Tlm: _____

E-mail: _____

Profissão: _____

Dojo(Academia): _____

Termo de Responsabilidade

Declaro que estou ciente e tomei conhecimento da legislação em vigor, pelo que me asseguro que não possuo quaisquer contra-indicações para a prática de actividade física e artes marciais. Declaro que tomei conhecimento dos Estatutos e Regulamentos da AAMU e que aceito os mesmos.

Declaro ainda que me encontro de perfeita saúde física e mental, e que não responsabilizo a "Associação Artes Marciais Unidas", membros dos Órgãos sociais, Instrutores, Assistentes ou Staff, sobre qualquer doença, lesão ou acidente ocorrido em virtude da participação nas suas actividades.

Data

O PRATICANTE

(dia/mês/ano)

(No caso de ser Menor deve assinar o Encarregado de Educação)

↓ A preencher pela A.A.M.U. ↓

Registo de Graduações

KYU	10°	9°	8°	7°	6°	5°	4°	3°	2°	1°
Data										

DAN	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°
Data										

ASSOCIAÇÃO ARTES MARCIAIS UNIDAS

Rua da Moimenta, 66
4485-494 Mindelo VCD