

FOTO



## Ficha de Adesão

Inscrição ( )

Renovação ( ) N° do Associado \_\_\_\_\_

### Dados do Titular:

Nome Completo \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Filiação (Pai): \_\_\_\_\_

Mãe \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Comp: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Tel Res: \_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tel Com: \_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_ - \_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_ Bike \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_

Participa de Competições: Sim ( ) Não ( )

Modalidade: MTB ( ) Ciclismo ( ) Down Hill ( ) Cicloturismo ( ) BMX ( )

É Federado: Sim ( ) Não ( )

Plano de Saúde: \_\_\_\_\_ Seguro de Vida: \_\_\_\_\_

Tipo Sanguíneo \_\_\_\_\_ Fator RH \_\_\_\_\_ Alérgico à \_\_\_\_\_

Problemas de saúde? Quais \_\_\_\_\_

Faz uso de medicamento controlado? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

Declaro sob as normas do estatuto que todas as informações prestadas são verdadeiras e que a eventual não veracidade poderá ocasionar meu desligamento da associação. A minha efetivação nos quadros de associados será aceita após o pagamento da taxa de adesão da Associação Divinopolitana de Ciclismo no valor vigente. Declaro que recebi e estou ciente das normas internas da ADC.

Divinópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Assinatura do associado \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável \_\_\_\_\_

(Menores de 18 anos)

Assinatura do Presidente da ADC \_\_\_\_\_