



**ESPORTE CLUBE COMETA  
SOCIAL, DESPORTIVO, BENEFICENTE**

**FICHA DE INSCRIÇÃO PARA ESCOLA DE FUTEBOL**

(a cargo da administração)

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA MATRÍCULA	
	PAGAMENTO DA INSCRIÇÃO
	DECLARAÇÃO DO MÉDICO AUTORIZANDO A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA
	02 (DUAS) FOTOS 3 X 4
	FOTOCÓPIA DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO
	FOTOCÓPIA DA IDT E CPF DO PAI OU RESPONSÁVEL
	FICHA DE INSCRIÇÃO PREENCHIDA E ASSINADA
TURMA: _____ Nº DE ALUNO: _____ HORÁRIO: _____ ÀS _____ h	
VALOR DA MENSALIDADE: R\$ _____,00 CADASTRADO EM: _____ / _____ / _____	

INSCRIÇÃO Nº: \_\_\_\_\_

COLAR  
FOTO  
3 x 4

**ALUNO:**

NOME DO ALUNO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

NATURALIDADE: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TELEFONE FIXO: \_\_\_\_\_ TELEFONE MÓVEL: \_\_\_\_\_

NOME DA ESCOLA QUE FREQUENTA: \_\_\_\_\_

ANO: \_\_\_\_\_: TURMA: \_\_\_\_\_ PERÍODO: \_\_\_\_\_

É SÓCIO DO ESPORTE CLUBE COMETA: \_\_\_\_\_ Nº de SÓCIO: \_\_\_\_\_

TEM IRMÃOS QUE DESEJA FREQUENTAR A ESCOLA DE FUTEBOL? \_\_\_\_\_

**FAMILIAR:**

NOME DO PAI: \_\_\_\_\_

IDENTIDADE Nº: \_\_\_\_\_ CPF Nº: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ EMPRESA: \_\_\_\_\_

TELEFONE DA EMPRESA: \_\_\_\_\_ CELULAR DO PAI: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

IDENTIDADE Nº: \_\_\_\_\_ CPF Nº: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ EMPRESA: \_\_\_\_\_

TELEFONE DA EMPRESA: \_\_\_\_\_ CELULAR DA MÃE: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÃO MÉDICA:**

POSSUI PLANO DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

QUAL PLANO DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

NOME DO TITULAR: \_\_\_\_\_

Nº DO BENEFICIÁRIO: \_\_\_\_\_

POSSUI ALGUM TIPO DE DOENÇA? \_\_\_\_\_ QUAL? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

POSSUI ALGUM TIPO DE ALERGIA? \_\_\_\_\_ QUAL? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TOMA ALGUMA MEDICAÇÃO HABITUAL? \_\_\_\_\_

POSSUI ALGUMA RESTRIÇÃO ALIMENTAR? \_\_\_\_\_

JÁ ESTEVE HOSPITALIZADO? \_\_\_\_\_ POR QUÊ? \_\_\_\_\_

ONDE REALIZOU O EXAME MÉDICO PARA MATRICULA? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOME DO MÉDICO: \_\_\_\_\_

**TERMO DE RESPONSABILIDADE:**

Eu, \_\_\_\_\_, IDT nº: \_\_\_\_\_

Encarregado de Educação do aluno (a) \_\_\_\_\_,

declaro que autorizo o meu educando a associar-se e a praticar Futebol na Escola de Futebol do ESPORTE CLUBE COMETA e confirmo a inexistência de quaisquer contra-indicações para a prática de atividades físicas, conforme exame médico que junto em anexo.

Ainda informo que assumo inteira responsabilidade na vigilância e acompanhamento médico do meu educando, comprometendo-me a informar a Escola de Futebol do ESPORTE CLUBE COMETA no caso de se verificar algum impedimento que possa por em causa o estado de saúde do meu educando.

Responsabilizo-me, também, a ressarcir ao Clube a mensalidade proposta, mensalmente.

Araguari - MG, em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

\_\_\_\_\_  
O encarregado de educação

---

Esporte Clube Cometa  
Rua Ponte Terra, 740  
Palmeiras do Império, Araguari-MG  
CEP: 38444-308  
Fone: 0 xx 34 3241 2094  
Site: clubecometa.com.br

---

