



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE KOUKSUNDO

FORMULÁRIO DE FILIAÇÃO



Recebido a

Por

(foto)

CENTRO

Nº Licença

Ano

Inscrição

Revalidação

1

INSCRIÇÃO / REVALIDAÇÃO

Nome

Email

Profissão

Data Nascimento

Telefone

Nacionalidade

Escolaridade

2

INSCRIÇÃO / REVALIDAÇÃO

Morada

Localidade

Código Postal

Nº B.I. C.C.

Data validade

Local Emissão

NIF:

3

NÍVEL

Data Averbamento

Por

4

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu,

na qualidade de [aluno] / [encarregado de educação]

declaro [assumir]/[autorizar o meu educando] a participação sessões de Kouksundo, bem como seminários e acções de formação..

NOTA: RISCAR OS CAMPOS QUE NÃO CORRESPONDEM AO ALUNO EM CAUSA

Assinatura do Atleta ou
Encarregado de Educação (no
caso de menor)

B.I. ou C.C.

Data

(assinatura)

5

AUTENTICAÇÃO CENTRO

Eu,

na qualidade de

declaro que os dados que figuram nesta ficha foram recolhidos pelos nossos serviços, comprovando por isso a veracidade dos mesmos.

O responsável

Data

(assinatura e carimbo)

6

AUTENTICAÇÃO APKSD

Eu,

na qualidade de

declaro que os dados que figuram nesta ficha foram recolhidos pelos nossos serviços, comprovando por isso a

O Presidente

Data

(assinatura e carimbo)