**FICHA DE INSCRIÇÃO – SELETIVA VOLEIBOL**

|  |
| --- |
| NOME COMPLETO: |
| ENDEREÇO: |
| CEP: | CIDADE: | ESTADO: |
| DATA DE NASCIMENTO: |
| RG OU CPF: |
| EMAIL: TELEFONE: |
| NOME DO (A) RESPONSÁVEL:  | TELEFONE:  |
| ATUA EM QUAL POSIÇAO:  |
| CLUBE ONDE ATUA OU ULTIMO CLUBE: |
| ALTURA: PESO: |

**Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

 NOME DO RESPONSÁVEL DOCUMENTO

**Como responsável legal do menor mencionado acima, autorizo sua participação no teste de voleibol, assumindo qualquer responsabilidade por eventuais acidentes.**