



FICHA DE INSCRIÇÃO 2018

Esta ficha deve ser preenchida de acordo com o disposto no Regulamento Geral dos IX Jogos Fenacef. Para dirimir qualquer dúvida, contate a comissão organizadora. Não serão aceitas fichas com incorreções!

SEUS DADOS PESSOAIS

1 NÚMERO DE REGISTRO NO SISTEMA DE INSCRIÇÕES		2 DELEGAÇÃO		3 DATA DA INSCRIÇÃO / /	
4 TIPO DE INSCRIÇÃO <input type="checkbox"/> A - APOSENTADO (A) <input type="checkbox"/> B - PENSIONISTA <input type="checkbox"/> C - CÔNJUGE DE APOSENTADO (A) <input type="checkbox"/> D - CÔNJUGE DE PENSIONISTA <input type="checkbox"/> E - CONVIDADO DE APOSENTADO (A) <input type="checkbox"/> F - CONVIDADO DE PENSIONISTA <input type="checkbox"/> G - OUTRO		5 TIPO DE PARTICIPAÇÃO E VALORES <input type="checkbox"/> A - ATLETA: R\$150,00 <input type="checkbox"/> B - CHEFE DE DELEGAÇÃO: R\$150,00 <input type="checkbox"/> C - ATLETA E CHEFE DE DELEGAÇÃO: \$150,00 <input type="checkbox"/> D - PRESIDENTE DE ASSOC/ REPRESENTANTE: \$ 150,00 <input type="checkbox"/> E - CONVIDADO: R\$200,00 <input type="checkbox"/> F - TÉCNICO: \$200,00			ATENÇÃO: O pagamento da taxa de inscrição deverá ser efetuado somente na sua associação de filiação!
6 NOME COMPLETO					
7 CPF (OBRIGATÓRIO)		8 RG		9 ÓRGÃO EMISSOR DO RG	
10 MATRÍCULA (CASO O TIPO DE INSCRIÇÃO SEJA "A" OU "B")			11 DATA DE NASCIMENTO / /		12 SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
13 QUE ASSOCIADO VOCÊ ESTÁ ACOMPANHANDO? (INFORMAÇÃO OBRIGATÓRIA PARA CÔNJUGES E CONVIDADOS)					
14 Nº DE CALÇADO		15 TAMANHO DE CAMISA <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> GG <input type="checkbox"/> EG		16 NOME PARA CREDENCIAL	

SUAS PREFERÊNCIAS DE HOSPEDAGEM

17 TIPO DE HOSPEDAGEM <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> DUPLO CASAL <input type="checkbox"/> DUPLO SOLTEIRO			18 NECESSITA QUARTO ADAPTADO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
19 EM CASO POSITIVO, POR FAVOR, JUSTIFIQUE					

SEU ENDEREÇO

20 LOGRADOURO					
21 NÚMERO		22 COMPLEMENTO		23 BAIRRO	
24 CIDADE				25 UF	26 CEP

SEUS TELEFONES

27 TELEFONE RESIDENCIAL		28 TELEFONE CELULAR	
--------------------------------	--	----------------------------	--

SEUS E-MAILS

IMPORTANTE: INFORME CORRETAMENTE SEU E-MAIL PARA RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE SUA INSCRIÇÃO E ALTERAÇÕES!

29 E-MAILS

SUAS MODALIDADES

30 MODALIDADES DE COMPETIÇÃO <input type="checkbox"/> FUTEBOL DE CAMPO (SOÇAITE) <input type="checkbox"/> TÊNIS DE QUADRA DUPLA <input type="checkbox"/> DOMINÓ <input type="checkbox"/> FUTSAL <input type="checkbox"/> TÊNIS DE MESA <input type="checkbox"/> CANASTRA <input type="checkbox"/> VOLEIBOL MISTO DE QUADRA <input type="checkbox"/> NATAÇÃO <input type="checkbox"/> TRUCO <input type="checkbox"/> VOLEIBOL MISTO DE AREIA <input type="checkbox"/> XADREZ <input type="checkbox"/> SINUCA <input type="checkbox"/> TÊNIS DE QUADRA INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> DAMAS <input type="checkbox"/> CORRIDA DE RUA		
31 DETALHAMENTO DAS MODALIDADES (PROVA, FAIXA ETÁRIA ETC.)		

SUAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE

32 POSSUI PLANO DE SAÚDE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		33 CASO POSITIVO, QUAL?		
34 O PLANO POSSUI COBERTURA EM OUTRO ESTADO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		35 DIABÉTICO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	36 TIPO SANGUÍNEO	37 FATOR RH
38 ALERGIAS				
39 CONTATO DE EMERGÊNCIA		40 TELEFONES DO CONTATO DE EMERGÊNCIA		
41 NECESSIDADES ESPECIAIS (CADEIRANTE, DIFICULDADES DE LOCOMOÇÃO ETC.)				

42 MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO	43 DOSAGEM	44 FREQUÊNCIA	45 NECESSITA AUXÍLIO PARA USO?
1			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
2			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
3			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
4			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
5			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

FORMA DE PAGAMENTO

PAGAMENTOS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	TOTAL
VALOR PAGO EM CHEQUE						
FOLHA/DÉBITO CTA						
TOTAL						

AUTORIZO debitar em minha conta: Bco. 104 AG _____ OP _____ CONTA N° _____ DÍGITO: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE	LOCAL E DATA
----------------------------	--------------

IMPORTANTE:

- 1) Esta ficha deverá ser entregue pelo participante à associação, em cada estado, devidamente preenchida.
- 2) As inscrições na primeira etapa deverão ser realizadas **até o dia 09/04/2018** impreterivelmente.

Promoção

Realização

Organização

