



SETOR DE CAPTAÇÃO- CADASTRO DO ATLETA/AUTORIZAÇÃO

Nome completo do Atleta: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Posição que deseja ser avaliado: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Telefones de Contato: _____ ou _____

Possui Plano de Saúde? () Sim () Não Caso positivo/Qual? _____

Nome completo do Responsável: _____

Grau de Parentesco com atleta: _____

Controle credenciamento (será preenchido por profissional FSA EC no dia da avaliação)

Documentos Apresentados: () Identidade () Autorização

AUTORIZAÇÃO E DECLARAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO AVALIAÇÃO FSA ESPORTE CLUBE

Eu, _____

responsável legal pelo menor _____

autorizo o mesmo a participar de avaliação desenvolvida pelo FSA Esporte Clube no próximo dia ____/____ de 2025. Nesta oportunidade informo que o menor supracitado fez exames médicos e encontra-se em condições físicas para a realização das atividades competitivas planejadas. Declaro ainda que todas as informações acima são verdadeiras.

Feira de Santana (BA) _____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável legal pelo atleta