



FICHA CADASTRAL DO ASSOCIADO

Nº ABRAMN: _____ Nº ABMN: _____

Renovação não sim

NOME: _____ SEXO: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino e-mail: _____ Endereço Residencial _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Data de nascimento _____ Cidade: _____ UF: _____ Doc. de identidade: _____ Órgão emissor: _____ Profissão: _____ Local de trabalho: _____ Telef. Residencial: _____ Comercial: _____ Celular: _____ Clube Filiado: _____ ABMN: _____ CPF: _____	FOTO 3 X 4
INFORMAÇÕES IMPORTANTES	
Tipo Sangüíneo: _____ É alérgico? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Tem plano de Saúde? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual? _____	
Declaração de Responsabilidade	
Ao preencher e assinar esta Ficha de Cadastro de Associado da ABRAMN comprometo-me a respeitar o Estatuto, Regimento Interno, Normas e Regulamentos da Associação. Declaro para os devidos fins que isento a ABRAMN de qualquer responsabilidade sobre acidentes que possam ocorrer comigo durante a realização dos eventos. Atesto que estou em condições técnicas e físicas compatíveis com o esforço a que vou me submeter. Autorizo a utilização da minha imagem em fotografias e demais mídias promocionais alusivas aos campeonatos de nataçao.	
Brasília-DF, _____ de _____ de _____	
_____ Assinatura do Associado	

CONTROLE INTERNO DE ANUIDADE

2013	2014	2015	2016	2017
R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
Recebido em ____/____/____	Recebido em ____/____/____	Recebido em ____/____/____	Recebido em ____/____/____	Recebido em ____/____/____
Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura