

<input type="checkbox"/> Atleta - 1ª inscrição	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Sénior	Época	<input type="text" value="2018/2019"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; text-align: center; vertical-align: middle;">Foto</div>
<input type="checkbox"/> Atleta - Renovação	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Sub-21	Modalidade	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Atleta Individual		<input type="checkbox"/> Juvenil			

Classificação IPC/IBSA:  B1  B2  B3  Sem Classificação

Atleta   
  Treinador/a   
  Árbitro   
  Nível I   
  Nível II   
  Nível III   
  Internacional  
 Dirigente   
  Massagista / Fisioterapeuta   
  Outro   
  Treinador/a Estagiário   
  Tutor Estágio

NOME	<input type="text"/>
GÉNERO	<input type="text"/>
MORADA	<input type="text"/>
LOCALIDADE	<input type="text"/>
CÓD. POSTAL	<input type="text"/> - <input type="text"/>
NACIONALIDADE	<input type="text"/> NATURAL DE <input type="text"/>
TELEFONE	<input type="text"/>
DATA NASCIMENTO	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> CARTÃO DE CIDADÃO / BI N.º / PASSAPORTE <input type="text"/>
VALIDADE	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
E-MAIL	<input type="text"/> CONTRIBUINTE N.º <input type="text"/>
CLUBE	<input type="text"/>
EQUIPA	<input type="text"/>

**Dados Complementares - Seguro Desportivo**

SEGURO DESPORTIVO    FPDD - 5 €     FPDD - 15 €     Outro Seguro

Nº Apólice   
Companhia

**Declaração do Representante Legal do Atleta (no caso de inscrição de menores ou equiparados)**

Declaro que, na qualidade de mãe, pai ou tutor, autorizo o/a menor acima identificado/a, pelo qual sou responsável, a praticar a modalidade desportiva acima identificada e a submeter-se ao controlo de dopagem em competição ou fora dela, tal como é legalmente exigido.

Data :  /  /  \_\_\_\_\_

**Declaração do Clube**

Declaramos que este/a atleta reúne todas as condições para a prática da modalidade acima identificada.

Data :  /  /

\* O \_\_\_\_\_  
\* indicar o cargo que exerce nos corpos gerentes do Clube



A esta ficha deve ser anexada a ficha de Exame Médico Desportivo (impresso CMD), Cópia do Documento de Identificação (CC/BI/Passaporte), Relatório Médico Oftalmológico atualizado (praticantes com deficiência visual) e 1 fotografia passe

Data :  /  /  \_\_\_\_\_  
Assinatura do Inscrito

Recebido pel'ANDDUVIS em :  /  /  Por: