



Confederação Brasileira de Atletismo



## PROJETO DE CLÍNICAS E FESTIVAIS DE MINI ATLETISMO

### Ficha de Inscrição

#### Dados de Identificação

Nome:..... Sexo: F ( ) M ( )

Data de Nascimento...../...../..... RG .....

CPF.....

Endereço.....Número.....

Bairro:.....Cidade:..... Estado:.....

CEP:.....

Telefone Fixo: ( )..... Celular: ( ).....

E-mail:.....

#### Formação Acadêmica

( ) Aluno ( ) Treinador ( ) Professor de Ed. Física

Instituição de nível superior.....

#### Situação funcional

Local de Trabalho:.....

Empresa / Órgão / Entidade:.....

( ) Estagiário ( ) Contratado ( ) Efetivo

Tempo de serviço na área:.....

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato