



# FEDERAÇÃO BAIANA DE CICLISMO



Nº LICENÇA CBC				Nº CÓDIGO UCI				Nº LICENÇA FBC			
SPD		MTB		BMX		DOWN HILL		CICLOTURISMO		DATA CADASTRO	

O atleta assinado nos termos das leis e regulamento que declara conhecer; solicita seu registro como ATLETA AMADOR

Categoria:						Pelo Clube / Equipe:						
Prestando sob sua inteira Responsabilidade, as informações abaixo:												
Nome:						Apelido:				Sexo:		
Data de Nasc:				Naturalidade:				Nacionalidade:				
Filiação - Pai												
Filiação - Mãe												
Endereço:												
Bairro:					Cidade:				UF:		CEP:	
E - Mail (1)						E - Mail (2):						
Tel Cel:					Tel Res:				CPF:			
R.G				Órgão Exp:				Data de Expedição:				

Vem mui respeitosamente requerer sua inscrição pela equipe e categoria acima declarada, a fim de participar durante o período de 2020 de competições de Ciclismo / Mountain Bike / Bicicross / Down Hill / Cicloturismo; previstas no Calendário Oficial. Declarando outrossim, respeitar disciplinadamente Normas e Regulamentos da modalidade esportiva, eximindo a F.B.C - FEDERAÇÃO BAIANA DE CICLISMO; patrocinadores e colaboradores deste evento; em meu nome e de meus herdeiros ou sucessores, de qualquer responsabilidade por acidente que venha sofrer antes, durante ou depois da mesma. Permito o uso de minha imagem obtida por meio de filmes, fotos ou qualquer outro meio de gravação, para finalidades legítimas.

Salvador - Bahia

Assinatura do Atleta

Carimbo e Assinatura do Pres. do Clube

Eu,									abaixo assinado portador de:	
R.G				Órgão Exp:				Data de Expedição:		
CPF:					Endereço:					
Bairro:				Cidade:			CEP:		UF	
Autorizo o menor:										

a participar das Competições de Ciclismo / Mountain Bike / Bicicross / Down Hill / Cicloturismo organizadas pela F.B.C - FEDERAÇÃO BAIANA DE CICLISMO; durante a temporada de 2020; isentando os promotores de qualquer responsabilidade, nos termos acima descritos; dos quais me torno parte integrante.

Salvador - Bahia,

Assinatura do Pai ou Responsável

FOTO	<b>ATESTADO MÉDICO:</b>									
	Para os devidos fins, atesto que o atleta:									
	Foi por mim examinado, encontrando-se em perfeitas condições de saúde para a prática do Ciclismo / Mountain Bike / Bicicross de competições / Down Hill / Cicloturismo.									
	TIPO SANGUÍNEO:					FATOR RH				
Carimbo, assinatura e CRM do médico										