



Registro de Atletas na ABRAM

Rua Demétrio Ribeiro, nº 336 – Bairro Centro Histórico - CEP 90010-310 – Porto Alegre/RS

Fone: (051) 3237.9931 – Celular: (051) 99116.3584 - E-mail: abrambrasil@abrambrasil.com – Website: www.abrambrasil.com

Após o total preenchimento: O formulário deverá ser impresso, assinado e enviado a sua Associação Estadual, que enviará para a sede da ABRAM, assinada, juntamente com o pagamento anuidade, cópia carteira de identidade, cópia de endereço e foto (legível) para que seja feito o cadastro. **Notas: Todos os campos são obrigatórios.**

Dados do Atleta

Nome :	
Data Nascimento (dd/mm/aaaa):	Sexo: () M () F
Tipo Sanguíneo:	Fator:
Associação Estadual:	
Clube:	
E-mail:	
Nome do Pai:	
Nome da Mãe:	

Foto 3 x 4

Endereço:	
Complemento:	Bairro:
Cidade:	
CEP:	Estado:
Telefone Residencial:	Telefone Comercial:
Telefone Celular:	Telefone Recado:

Nacionalidade:	Natural de:	
Estado Civil:	CPF :	
R.G. Nº:	Data Emissão:	Expedidor:
Passaporte Nº:	Validade:	

Peso KG (99.9):	Data Pesagem: (dd/mm/aaaa)	Altura M (9.99):	Data Medida: (dd/mm/aaaa)
-----------------	-------------------------------	------------------	------------------------------

Agasalho (PP/P/M/G/GG/EGG)	Camiseta (PP/P/M/G/GG/EGG)	Short (PP/P/M/G/GG/EGG)	Sunkini (PP/P/M/G/GG/EGG)	Macaquinho (PP/P/M/G/GG/EGG)
-------------------------------	-------------------------------	----------------------------	------------------------------	---------------------------------

OBS: O uniforme deve ser adquirido pelo atleta junto à ABRAM ao custo especificado.

Trabalha:	Aposentado:	
Empresa:		
Endereço:		
Complemento:	Fone:	
Cidade:	Estado:	CEP:
Escolaridade:	Completo:	

Curso:	Idioma 1:
Idioma 2:	Idioma 3:

Provas que compete ou pratica:

Data: _____ Assinatura do Atleta: _____

Data: _____ Visto do Presidente Associação: _____