

DECLARAÇÃO PARA TREINADORES, ATLETAS E PAIS

Projeto de Desenvolvimento e Capacitação Patinação Artística 2019

INFORMAÇÕES PESSOAIS/PERSONAL INFORMATION:

NOME/NAME: _____

ENDEREÇO/ADDRESS: _____

BAIRRO/NEIGHBORHOOD: _____ CIDADE/CITY: _____

ESTADO/PROVINCE: _____ CEP/ZIP CODE: _____

TEL/CEL: _____ E-MAIL: _____

DATA DE NASCIMENTO/DATE OF BIRTH: _____

NACIONALIDADE/NACIONALITY: _____ NATURALIDADE/BIRTH STATE: _____

NÚM. IDENTIDADE/ID OR PASSPORT NUMBER: _____

DATA DE EMISSÃO/ISSUE DATE: _____ DATA DE VALIDADE/VALID DATE: _____

FILIADO-REGISTRADO A CBDG / FILIATED-REGISTRED IN CBDG: () SIM/YES () NÃO/NO

OUTRA FEDERAÇÃO/FILIATED IN ANOTHER FEDERATION: () SIM/YES () NÃO/NO

NOME DA FEDERAÇÃO/FEDERATION'S NAME: _____

PAÍS/COUNTRY: _____

INSCRITO COMO/SUBSCRIBED AS: () ATLETA/ATHLET () TREINADOR/COACH () PAIS/PRENTS

INFORMAÇÕES MÉDICAS/MEDICAL INFORMATION:

TIPO SANGUÍNEO/BLOOD TYPE: _____

FATOR RH/RH FACTOR: _____

ALERGIAS/ALLERGIES: _____

PRESSÃO ALTA/HIGH BLOOD PRESSURE: () SIM () NÃO

CARDÍACO/HEART CONDITION: () SIM () NÃO

DIABETES/DIABETES: () SIM () NÃO

TELEFONE CONTATO EMERGÊNCIA/EMERGENCY CONTACT PHONE NUMBER: _____

AUTORIZA ATENDIMENTO MÉDICO DE EMERGÊNCIA/DO YOU AUTHORIZE EMERGENCIAL MEDICAL TREATMENT: () SIM () NÃO

REMÉDIOS QUE COSTUMA TOMAR/MEDICINE USUALLY TAKEN FOR: _____

DOR DE CABEÇA/HEADACHE: _____

DOR MUSCULAR/MUSCLE PAIN: _____

CÓLICA/CRAMPS: _____

FEBRE/FEVER: _____

DOR DE ESTÔMAGO/STOMACHACHE: _____

DIARRÉIA/DIARRHEIA: _____

INFORMAÇÃO PROFISSIONAL/PROFESSIONAL INFORMATION:

PROFISSÃO/PROFESSION: _____

EMPRESA/COMPANY: _____

CARGO/ROLE: _____

**EXPERIÊNCIA – CURRÍCULO PATINAÇÃO NO GELO/ICE SKATING EXPERIENCE –
BACKGROUND:**

DATA/DATE: ____ / ____ / _____

ASSINATURA/SIGNATURE: _____