

# DECLARAÇÃO PARA TREINADORES, ATLETAS E OFICIAS

## Projeto de Desenvolvimento e Capacitação Patinação Artística 2023

### 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/NATIONALITY: \_\_\_\_\_ 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 ( ) ESPECIALISTA  
TÉCNICO/TECHNICAL SPECIALIST

### 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: \_\_\_\_\_

