

ESCOLA DE FUTSAL – 2024

Formulário de dados para atualização de cadastro / Confirmação de vaga

Nome do Aluno: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Identidade: _____ CPF: _____

Nome da Mãe: _____

Nome do Pai: _____

Celular/Whats: (____) _____ Contato (opcional): _____

E-mail: _____

Endereço: _____ n.º _____ Complemento(opcional): _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____ - _____

Escola(regular): _____ Série: _____ Turno: _____

Núcleo da Escola ACBF: () Carlos Barbosa () Garibaldi () Salvador do Sul

Categoria: _____ Turno: () Manhã | () Tarde | () Noite

Data da Inscrição: ____/____/____ | **TAXA DE MATRÍCULA: R\$ 100,00**

Autorização

Eu, _____, autorizo o aluno acima qualificado a fazer parte da Escola de Futsal, praticando treinos físicos, técnicos e táticos semanais e participar eventualmente de jogos amistosos ou competições no Estado, estando ciente das regras que objetivam o bom funcionamento da Escola. Tenho conhecimento que a modalidade futsal requer acréscimo de esforço físico para a efetiva prática dos exercícios.

Assinatura do Responsável _____.

Autorização para débito em conta

É obrigatório o preenchimento de todos os campos dessa autorização para ser efetuado o débito em conta da mensalidade da Escola e somente nos bancos listados.

Autorizo que seja efetuado o débito mensal na conta abaixo identificada dos valores provenientes da mensalidade da Escola de Futsal, efetuado pela ACBF (ASSOCIAÇÃO CARLOS BARBOSA DE FUTSAL)

Banco do Brasil ()

Barrisul ()

Sicredi ()

Titular da Conta _____ CPF do titular: _____

Agência: _____ Conta Corrente: _____

Assinatura do titular da conta (OBRIGATÓRIO)