SECRETARIA DE ESTADO DE ESPORTES E LAZER – SESPORT.

FICHA DE SOLICITAÇÃO DE ATIVIDADES ESPORTIVAS NO CT

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome completo:** | | | | | **Sexo:** |
| **Atleta ( ) Técnico ( ) Outro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | |
| **RG:** | **CPF:** | | **Data de nascimento:** | | |
| **Endereço:** | | | | | |
| **Complemento:** | | **Bairro:** | | **Cidade:** | |
| **CEP:** | | **E-mail:** | | | |
| **Celular:** | | **Contato de emergência**  **Nome Celular** | | | |
| **E-mail do contato:** | | **Você trabalha:**  **Se Sim, Onde** | | | |
| **Formação escolar:** | | **Profissão:** | | | |
| **Modalidade esportiva que pratica:** | | **Federação:** | | | |
| **Categoria da modalidade:** | | **Bolsa Atleta ( ) sim ( ) não** | | | |
| **Há quanto tempo treina?** | | **Quanto tempo na modalidade atual?** | | | |
| **Nome do Técnico responsável:** | | **Nº do CREF do Técnico responsável:** | | | |
| **Horário das atividades no CT:** | | **Carga horária prevista para a atividade no CT:** | | | |
| **Identificação de médico:** | | **Identificação de assistência de saúde:** | | | |
| **Profissionais de saúde que o acompanham:** | | **Identificação dos profissionais:** | | | |
|  | |  | | | |

Ao enviar este documento para o e-mail [john.zechner@sesport.es.gov.br](mailto:john.zechner@sesport.es.gov.br), com a finalidade da utilização dos Espaços do CT, atesto serem verdadeiras todas as informações que forneci acima.

Vitória-ES, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.