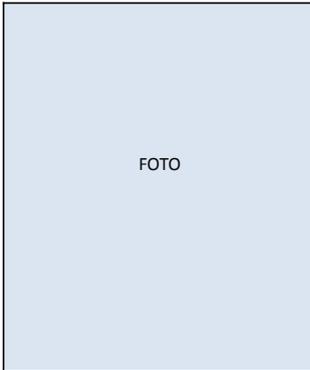




NOME (atleta)											
CC/TR/PAS	validade				NIF						
MORADA											
N	Andar	CP									
ESCOLA					ANO			UTENTE (saúde)			



MODALIDADE	ESCALÃO	<input type="checkbox"/> INSCRIÇÃO <input type="checkbox"/> REVALIDAÇÃO <input type="checkbox"/>	CLUBE ANTERIOR			
INSCRIÇÃO	€	Mensalidade	€	SÓCIO-ATLETA Nº	LICENÇA Nº	Cód. Operação

SISTEMA SAÚDE / SEGURO	BENEF. / APÓLICE Nº		Notas / Ocorrências: / Situação Clínica / Doenças-Alergias (lesões - intervenções cirúrgicas anteriores)	EXAME MEDICO	VBA
------------------------	---------------------	--	---	--------------	-----

PAI (TUTOR)	Nome			Telf		
	Profissão			e-mail		

MÃE (TUTOR)	Nome			Telf		
	Profissão			e-mail		

ENC. DE EDUCAÇÃO	Nome			Telf		
	Profissão			e-mail		

observações / notas

### POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Os dados inseridos neste formulário, são recebidos e tratados pelo CDP, com a finalidade com que foram submetidos e serão utilizados apenas para utilização interna e para que seja possível contactar de volta o Atleta ou o E.E. Em caso algum, o CDP passará quaisquer dados a entidades estranhas ao relacionamento Associativo ou Federativo a que o CDP se obriga na normal gestão desportiva e no cumprimento do objeto Estatutário.

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Na qualidade de encarregado de educação do atleta supra identificado, declaro que autorizo a sua inscrição no Clube Desportivo Pinhalnovenense (CDP) e que sou conhecedor do "Regulamento Interno", em particular no que respeita ao seguinte:

- 1 - A época desportiva decorre entre 01 de setembro e 30 de Junho.
- 2 - A liquidação das mensalidades deverá ser efectuada até ao dia 8 de cada mês;
- 3 - O pagamento é obrigatório, mesmo que o atleta não frequente os treinos, salvo se originado por acidente desportivo.
- 4 - Os critérios de convocatórias e tempo de utilização do atleta em competição, é da responsabilidade do técnico, não tendo este que justificar as opções.
- 5 - É da minha especial obrigação (segundo Dec. Lei 10/2009), assegurar que o atleta supra citado, não apresenta quaisquer contra-indicações para a prática desportiva, e que sou conhecedor da cobertura da apólice desportiva subscrita pelo C D Pinhalnovenense, limitada aos capitais subscritos.
- 6 - Após o preenchimento deste impresso, o Enc.de Educação, terá de informar eventuais alterações ao aqui declarado.

POR SER VERDADE E POR ME TER SIDO PEDIDO, PASSO ESTE TERMO DE RESPONSABILIDADE, ABAIXO DATADO E ASSINADO.

Data	Assinatura do Atleta (se maior de idade) ou do Encarregado de Educação

Recebido por:	Rúbrica