

Registro de Membro



Função: _____

Nome: _____

Sexo: () Feminino () Masculino Data de Nascimento: ____/____/____

Telefone: () _____ Celular: () _____

E-mail: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ Referência: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____

CPF: _____ Passaporte: _____

Cert. de nascimento (modelo antigo): Nº da Ordem _____ Folha _____ Livro nº _____

Cert. de nascimento (modelo novo): _____

Profissional de Saúde: _____ Doc. Profissional: _____

() Dentista () Enfermeiro () Fisioterapeuta () _____

() Médico () Socorrista () Tec. de Enfermagem

Nome do Pai: _____

Telefone do Pai: () _____ Celular do Pai: () _____

E-mail do Pai: _____

Nome da mãe: _____

Telefone da mãe: () _____ Celular da mãe: () _____

E-mail da mãe: _____

Caso não tenha pai ou mãe, preencha o nome do responsável legal.

Nome do responsável Legal: _____

Telefone: () _____ Celular: () _____

E-mail do responsável: _____

CPF do Responsável: _____ Se a criança não tem CPF próprio, preencha o CPF do responsável.

Tamanho da Camiseta: _____

Estado Civil: () Casado () Divorciado () Não informado () Solteiro () Viúvo

Batizado: () Sim () Não

Data de hoje: ____/____/____ Local: _____

Me responsabilizo por todas as informações desta Ficha de Cadastro, e garanto como fiel e verdadeiro

Assinatura do Responsável

CPF do Responsável