|  |
| --- |
| **SELEÇÃO DE NOVOS TALENTOS DO REMO**Confederação Brasileira de Remo – www.remobrasil.comCoordenador do Projeto em Cidade:Nome do Coordenador – (00) 99123-4567 |
| **DADOS PESSOAIS** |
| NOME | SEXO |
| EMAIL | IDADE |
| TELEFONE | CELULAR |
| ENDEREÇO |
| BAIRRO | CIDADE |
| ESCOLA | PERÍODO |
| **DADOS DE SAÚDE** |
| DECLARO SABER NADAR:  SIM  NÃOCondição mínima obrigatória para praticar é saber nada |
| ALTURA | PESO |
| PRATICA ESPORTES REGULARMENTE? QUAIS? |
| POSSUI ALERGIAS? QUAIS? |
| TEM ALGUMA DOENÇA CONGÊNITA? |
| **AUTORIZO MEU FILHO(A) A PARTICIPAR DA SELEÇÃO DE NOVOS TALENTOS DO REMO:** |
| NOME DO PAI OU RESPONSÁVEL |
| ASSINATURA | DATA |

|  |
| --- |
| **SELEÇÃO DE NOVOS TALENTOS DO REMO**Confederação Brasileira de Remo – www.remobrasil.comCoordenador do Projeto em Cidade:Nome do Coordenador – (00) 99123-4567 |
| **DADOS PESSOAIS** |
| NOME | SEXO |
| EMAIL | IDADE |
| TELEFONE | CELULAR |
| ENDEREÇO |
| BAIRRO | CIDADE |
| ESCOLA | PERÍODO |
| **DADOS DE SAÚDE** |
| DECLARO SABER NADAR:  SIM  NÃOCondição mínima obrigatória para praticar é saber nada |
| ALTURA | PESO |
| PRATICA ESPORTES REGULARMENTE? QUAIS? |
| POSSUI ALERGIAS? QUAIS? |
| TEM ALGUMA DOENÇA CONGÊNITA? |
| **AUTORIZO MEU FILHO(A) A PARTICIPAR DA SELEÇÃO DE NOVOS TALENTOS DO REMO:** |
| NOME DO PAI OU RESPONSÁVEL |
| ASSINATURA | DATA |