

FICHA DE MATRÍCULA

DADOS PESSOAIS

FOTO

Nome do Aluno _____

Como Você nos Conheceu?

- () Amigos/Família () Jornal
() Local de Treino () Professor _____
() Internet () Outros _____



Futebol com arte e disciplina

UNIDADE SOROCABA

Qual Seu Objetivo?

- () Aprendizagem () Treinamento
() Sociabilização () Perda de Peso
() Outros _____

Data da matrícula: _____ de _____ de _____ .

Endereço: [_____]

Bairro: [_____] Cidade: [_____] CEP: [_____-____]

Data Nasc. [___/___/___] RG: [_____] Certidão Nascimento Nº: [_____]

Fone 1: [__-_____] Fone 2: [__-_____] Fone 3: [__-_____] Fone 4: [__-_____]

E-mail: [_____]

Escola: [_____] () Pública - () Particular - Série: [_____]

Pai: [_____]

Profissão: [_____] RG: [_____] CPF: : [_____]

Mãe: [_____]

Profissão: [_____] RG: [_____] CPF: : [_____]

Responsável: [_____]

Profissão: [_____] RG: [_____] CPF: : [_____]

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Médico: [_____] Fone Médico: [_____]

Hospital: [_____] Convênio: [_____]

Assinatura do responsável _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que o aluno anteriormente citado acima goza de saúde perfeita, não havendo qualquer impedimento ao seu estado de saúde para sua participação nas atividades esportivas realizadas pela Escola Chute Inicial Corinthians – Unidade Sorocaba. Desde já me comprometo a informar a Escola sobre o estado físico e de saúde do aluno acima mencionado, além de entregar no prazo de 30 dias um atestado médico autorizando o aluno a prática de atividades físicas, devidamente assinada por profissional da saúde, que será válido por um ano e deverá ser substituído após seu vencimento.

Além disso, concordo que a Escola Chute Inicial Corinthians não será responsável por qualquer dano ou lesão que o jogador sofra durante suas atividades e no seu transporte até os locais destinados as aulas ou jogos. Autorizo também os profissionais da Escola à transportar o aluno acidentado para uma Unidade de Saúde mais próxima ou da preferência do responsável (deverá ser informado no ato da matrícula)

Eu, que abaixo assino, declaro que estou plenamente capacitado para conceder a autorização a Escola Chute Inicial Corinthians.

Nome Legível do responsável

Assinatura do responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE – DIREITO DE IMAGEM

Autorizo o aluno anteriormente citado ser fotografado e filmado durante sua participação nas atividades da Escola Chute Inicial Corinthians Sorocaba – Unidade Sorocaba, tais como treinos, amistoso, campeonatos dentro ou fora de nossos locais de treino, viagens, etc.

Desde já estamos cientes que a Escola Chute Inicial Corinthians Sorocaba – Unidade Sorocaba fará registro de eventos através de filmagens, fotografias, realizações de entrevistas, etc.

Dessa forma autorizo também a Escola Chute Inicial Corinthians Sorocaba – Unidade Sorocaba por 5 (cinco) anos contados da data da assinatura desta autorização a efetuar livremente a comunicação interna ou externa, com ou sem fins comerciais, publicitários e promocionais, relacionados à Escola.

As fotografias e as imagens podem ser duplicadas, detalhadas, comunicadas ao público ou ser adaptada a quaisquer mídias e por quaisquer meios, notadamente livros e todos os meios de imprensa, televisão, cinema, vídeo, internet, intranet, folhetos, correspondências, catálogos, posters, artigos promocionais, anúncio em campanhas, embalagens, etc..., com a condição de que as fotografias e as imagens produzidas não deteriorem a dignidade ou reputação do aluno participante.

Nome Legível do responsável

Assinatura do responsável

PREENCHIDO PELA SECRETARIA

Cód. Aluno Cód. Turma Dia Horário Local Desconto Dia Pagto: [_____]

[_____] [_____] [_____] [_____] [_____] [_____] Contrato: [_____]

Plano.....: [_____]

Atendente: [_____]

Desconto: [_____] Motivo: [_____]



UNIDADE SOROCABA