



FICHA DE INSCRIÇÃO - ACADEMIA DA ASIBAMA-DF

NOME: _____

CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: ___/___/_____

TELEFONE/RAMAL: _____ CELULAR: () _____

ENDEREÇO: _____

E-MAIL: _____

1) É ASSOCIADO DA ASIBAMA-DF? () SIM () NÃO MATRÍCULA ASIBAMA-DF: _____

2) DESENVOLVE ATIVIDADES FÍSICAS? () NENHUMA () LEVE () MODERADA () INTENSA

3) VAI AO MÉDICO REGULARMENTE PARA CHECK-UP? () SIM () NÃO

4) APRESENTA HISTÓRICO DE LESÃO (rompimento parcial/completo de ligamentos ou fratura) ou DOENÇA DEGENERATIVA (diabetes, hipertensão, osteoporose, doenças cardíacas)? () SIM () NÃO

TERMO DE COMPROMISSO:

Concordo que em caso de desistência das aulas deverei comunicar antecipadamente à ASIBAMA-DF para que a cobrança cesse no mês subsequente.

Concordo que manterei atualizado o atestado médico para o desenvolvimento seguro das atividades físicas.

Brasília, ___/___/_____

ASSINATURA

SECRETARIA da ASIBAMA-DF