



# CADASTRO DE FILIAÇÃO DE ATLETA FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE JIU-JITSU

NOME:

GRADUAÇÃO:

ACADEMIA:

PROFESSOR:

E-MAIL:

CPF:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

TELEFONE:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

ESTADO:

PAÍS:

CEP:

Enviar atestado médico no prazo de 15 dias

Solicito minha filiação junto à FBJJ, e desde já AUTORIZO a usar e veicular meu nome ou mesmo meu apelido esportivo e imagem da minha participação em competições esportivas, a fim de divulgar atividades desta entidade, revistas especializadas, jornais, encartes publicitários, ou qualquer outro meio de divulgação sem qualquer ônus para a FBJJ.

Estou ciente que é um esporte de contato e que pode ocorrer lesões durante uma luta, e não responsabilizo a entidade FBJJ caso algum acidente venha ocorrer durante alguma competição.

Li e Concordo com o texto acima:

Assinatura: \_\_\_\_\_