

# **SEUS DADOS PESSOAIS**

**XI JOGOS FENACEF**

Ficha de inscrição

Preencha de acordo com o disposto no Regulamento Geral dos XI Jogos Fenacef. Não serão aceitas fichas com incorreções!

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** NÚMERO DE REGISTRO NO SISTEMA DE INSCRIÇÕES | **2** DELEGAÇÃO | **3** DATA DE ENTREGA DA FICHA/ / |
| **4** TIPO DE INSCRIÇÃO* A - APOSENTADO (A)
* B - PENSIONISTA
* C - CÔNJUGE DE APOSENTADO (A)
* D - CÔNJUGE DE PENSIONISTA
* E - CONVIDADO DE APOSENTADO (A)
* F - CONVIDADO DE PENSIONISTA
* G - OUTRO
 | **5** TIPO DE PARTICIPAÇÃO E VALORES (R$) A – ATLETA: **160,00*** B – CHEFE DE DELEGAÇÃO: **160,00**
* C – ATLETA E CHEFE DE DELEGAÇÃO: **160,00**
* D – PRESIDENTE / REPRESENTANTE: **160,00**
* E – CONVIDADO-CÔNJUGE DE ATLETA: **160,00**
* F – CONVIDADO: **300,00**
* G – TÉCNICO: **160,00**

*Obs. 1: Se necessário, marque mais de uma opção.* | **ATENÇÃO:**O pagamento da taxa de inscriçãodeverá ser efetuado na associação pela qual está participando! |
| **6** NOME COMPLETO |
| **7** CPF (OBRIGATÓRIO) | **8** RG | **9** ÓRGÃO EMISSOR DO RG |
| **10** MATRÍCULA (CASO O TIPO DE INSCRIÇÃO SEJA “A” OU “B”) | **11** DATA DE NASCIMENTO/ / | **12** SEXO M  F |
| **13** N.º DE CALÇADO | 14 TAMANHO DE CAMISA P  M  G  GG  EG | **15** NOME PARA CREDENCIAL |

# **ONDE VOCÊ MORA?**

|  |
| --- |
| **20** LOGRADOURO |
| **21** NÚMERO | **22** COMPLEMENTO | **23** BAIRRO |
| **24** CIDADE | **25** UF | **26** CEP |

**COMO PODEMOS FALAR COM VOCÊ?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **27** TELEFONE RESIDENCIAL | **28** TELEFONE CELULAR | **29** ESSE NÚMERO TEM WHATSAPP? SIM  NÃO |

**QUAL SEU E-MAIL?**

**30** E-MAILS

**EM QUE MODALIDADES VOCÊ QUER COMPETIR? (APENAS PARA ATLETAS)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **31** MODALIDADES DE COMPETIÇÃO* FUTEBOL DE CAMPO
* FUTSAL
* VOLEIBOL MISTO DE QUADRA
* VOLEIBOL MISTO DE AREIA
* TÊNIS DE QUADRA INDIVIDUAL
 | * TÊNIS DE QUADRA DUPLA
* TÊNIS DE MESA
* NATAÇÃO
* XADREZ
* DAMAS
 | * DOMINÓ
* CANASTRA
* TRUCO
* SINUCA
* CORRIDA DE RUA
 |
| **32** DETALHAMENTO DAS MODALIDADES (PROVA, FAIXA ETÁRIA ETC.) |

**CONTINUE NA PRÓXIMA FOLHA >**

Prezado participante, **o preenchimento dos campos de saúde é OPCIONAL**, seu conteúdo **será mantido sob SIGILO** e será utilizado apenas pela equipe organizadora do evento para proporcionar-lhe uma experiência diferenciada, especialmente no caso de **necessidade de atendimento médico**. **Recomendamos enfaticamente o preenchimento**. Caso não preencha, você estará assumindo a responsabilidade por não fornecer informações importantes a seu respeito para as equipes médicas.

# **SUAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE**

|  |  |
| --- | --- |
| **33** POSSUI PLANO DE SAÚDE? SIM  NÃO | **34** CASO POSITIVO, QUAL? |
| **35** O PLANO POSSUI COBERTURA NO CEARÁ? SIM  NÃO | **36 É** DIABÉTICO? SIM  NÃO | **37** TIPO SANGUÍNEO | **38** FATOR RH |
| **39** ALERGIAS |
| **40** CONTATO DE EMERGÊNCIA | **41** TELEFONES DO CONTATO DE EMERGÊNCIA |
| **42** NECESSIDADES ESPECIAIS (CADEIRANTE, DIFICULDADES DE LOCOMOÇÃO ETC.) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **43** MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO | **44** DOSAGEM | **45** FREQUÊNCIA | **46** NECESSITA AUXÍLIO PARA USO? |
| **1** |  |  |  SIM  NÃO |
| **2** |  |  |  SIM  NÃO |
| **3** |  |  |  SIM  NÃO |
| **4** |  |  |  SIM  NÃO |
| **5** |  |  |  SIM  NÃO |

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

**47** OBSERVAÇÕES GERAIS (OUTROS ENDEREÇOS, OUTROS E-MAILS, INFORMAÇÕES RELATIVAS À INSCRIÇÃO, ETC).

|  |  |
| --- | --- |
| ASSINATURA DO PARTICIPANTE | LOCAL E DATA |

**IMPORTANTE:**

1. Esta ficha deverá ser entregue pelo participante à associação, em cada estado, devidamente preenchida, onde deverá ser paga a taxa de inscrição correspondente.
2. As inscrições deverão ser **concluídas e inseridas no sistema até o dia 20/04/2020**.

**PROMOÇÃO**

**REALIZAÇÃO**

**ORGANIZAÇÃO**

#