



**BOLSA ESPORTE INSTITUCIONAL (ATLETA)**  
**FICHA DE INSCRIÇÃO**

Nº de Inscrição: \_\_\_\_\_

Foto

3x4

• IDENTIFICAÇÃO INSTITUCIONAL

Nome da Federação:	C.N.P.J.:	
Nome do Presidente:	R.G.:	
Nome do Técnico: Avaliador 1	R.G.:	CREF:
Nome do Técnico: Avaliador2	R.G.:	CREF:
Nome do Técnico: Avaliador 3	R.G.:	CREF:

• IDENTIFICAÇÃO PESSOAL DO ATLETA

Modalidade Esportiva:	Pessoa Com Deficiência – PCD( )Sim ( ) Não Qual?		
Nome:	Data Nascimento:	Sexo:( )Masc. ( ) Fem.	
RG Nº:	CPF	Naturalidade:	Nacionalidade:
Caso não tenha nascido na Paraíba, há quanto tempo tem residência fixa no nosso Estado?			
Caso tenha nascido na Paraíba e não resida aqui, há quanto tempo está residindo fora do nosso Estado?			
Endereço:		Bairro:	
Cidade:	Estado:	CEP:	
Telefone:		E-mail:	
É Federado? ( ) Sim ( ) Não	Nome da Federação onde é filiado:		
Nº de Registro na Federação ou Confederação:		Caso seja filiado, qual o nome do Clube?	

**CASO SEJA MENOR DE IDADE**

Nome do Responsável:		
Grau de Parentesco:	RG Nº:	CPF:
Endereço:	Bairro:	
Cidade:	Estado:	CEP:
Telefone:	E-mail:	
Local, _____ Data: ____/____/____		
_____ Assinatura do Responsável		

**DADOS TÉCNICOS DO ATLETA**

Nível Institucional:
Foi convocado para alguma Seleção Paraibana: ( ) Sim ( ) Não Caso já tenha sido, qual(is) categoria(s): Em qual(is) ano(s):
Já representou a Paraíba em algum campeonato nacional promovido pela entidade representativa oficial da modalidade: ( ) Sim ( ) Não Caso já tenha, qual(is):
Local, _____ Data: ____/____/____
_____ Assinatura do Atleta

**PARA USO DA SEJEL**

Nº de Inscrição: _____
Local, _____ Data: ____/____/____
_____ Assinatura do Responsável pela SEJEL
Nome: _____
Matricula: _____