

SEUS DADOS PESSOAIS

1 NÚMERO DE REGISTRO NO SISTEMA DE INSCRIÇÕES		2 DELEGAÇÃO		3 DATA DE ENTREGA DA FICHA / /	
4 TIPO DE INSCRIÇÃO <input type="checkbox"/> A – ASSOCIADO(A) ATIVO(A) <input type="checkbox"/> B – APOSENTADO(A) <input type="checkbox"/> C – ACOMPANHANTE		5 TIPO DE PARTICIPAÇÃO <input type="checkbox"/> A – ATLETA <input type="checkbox"/> B – CÔJUGE - ATLETA <input type="checkbox"/> C – CONVIDADO			
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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
13 N.º DE CALÇADO	14 TAMANHO DE CAMISA <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> GG <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
--------------------------------	--	----------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------	--

QUAL SEU E-MAIL?

30 E-MAILS

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? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		34 CASO POSITIVO, QUAL?	
35 O PLANO POSSUI COBERTURA EM BRASÍLIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	36 É DIABÉTICO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
2			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
3			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
4			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
5			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 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 21/02/2020.**

REALIZAÇÃO

ORGANIZAÇÃO

