



FORMULÁRIO INSCRIÇÃO CLINICAS SNT - SISTEMA NACIONAL DE TREINAMENTO

() CLINICA VELOCIDADE PROLONGADA E BARREIRAS 23.09.2019 A 27.09.2019

TREINADOR - CURSO IAAF NÍVEL _____

EQUIPE / ASSOCIAÇÃO / CLUBE _____

SUA EQUIPE FAZ PARTE DO PROJETO SNT SIM () NÃO () REGISTRO CBAt _____

NOME COMPLETO: _____

DATA NASCIMENTO ____/____/____ IDADE: _____ NATURAL DE: _____

CPF: _____ RG: _____ ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO _____ MUNICÍPIO _____ UF _____ CEP _____

E MAIL _____

TELEFONE FIXO: _____ CELULAR: _____

COMO FICOU SABENDO DO CAMPING? _____

Data: ____ / ____ / ____