

FICHA DE LICENCIAMENTO 2019

Nº DA LICENÇA: _____ CATEGORIA: _____

 Disciplina: () **ESTRADA** () **CROSS COUNTRY** () **DOWNHILL** () **BICICROSS**
 () **MARATON** () **CICLOTURISMO** () **DIRIGENTE** () **PARACICLISMO**

ASSOCIAÇÃO DESPORTIVA/EQUIPE: _____

Nome		Data de Nascimento	
Naturalidade		Nacionalidade	
Pai		Mãe	
Endereço Residencial		Nº	Apto
Bairro	CEP	Cidade	Estado
Fone Residencial	Fone Comercial	Fax	Celular
CPF (CAMPO OBRIGATÓRIO)		e-Mail (CAMPO OBRIGATÓRIO)	
RG (CAMPO OBRIGATÓRIO)	Órgão Expedidor	Data de Expedição	
Clube/Associação e respectivo Estado de licenciamento no ano anterior			
Participou do Campeonato Catarinense 2018?		Qual categoria?	
Sim () Não ()			

 Assinatura do Presidente do Clube

 Assinatura do Presidente da FCC

DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente que ao obter a licença junto a FCC [respeitarei a regulamentação da Modalidade](#), as resoluções da CBC, [as Leis do Sistema Desportivo Brasileiro](#) e o [Código Brasileiro de Justiça Disciplinar Desportiva](#). Estou ciente que do descumprimento dos Estatutos Sociais da FCC, acarretará no meu desligamento da mesma, após devido processo legal e ampla defesa. Eximo a FCC de qualquer responsabilidade, em caso de acidente que venha a ocorrer comigo, ou que eu possa vir a provocar a terceiros. Declaro estar ciente que em caso de acidente o meu atendimento será feito em Hospital da Rede Pública.

 Assinatura do Atleta **(obrigatório)**

 Local e Data

AUTORIZAÇÃO (para menor)

Autorizo meu filho _____, menor de idade, a participar das competições organizadas pela **FEDERAÇÃO CATARINENSE DE CICLISMO**, eximindo-a de qualquer responsabilidade em caso de acidente que venha a acontecer a meu filho, ou que o mesmo possa vir a provocar a terceiros. Declaro estar ciente que em caso de acidente, o atendimento de meu filho será feito em Hospital da Rede Pública.

 Assinatura do Responsável – RG **(obrigatório)**

 Local e Data

Nota

- 1) SENDO O 1º LICENCIAMENTO, ANEXAR ESTA FICHA, CÓPIA DO RG, 01 FOTO 3 x 4 E EXAME MÉDICO.
- 2) PARA RENOVAÇÃO ANEXAR ESTA FICHA E EXAME MÉDICO.
- 3) PARA CICLOTURISTA ANEXAR CÓPIA DO RG E 01 FOTO 3 x 4.

Federação Catarinense de Ciclismo

Rua Max Colin, 1640 (fundos) – Fone/Fax: 55 (47) 3422 – 0137

 89204-635 Joinville SC Brasil – site www.ciclismosc.com.br / e-mail: inscricoes@ciclismosc.com.br