



# INSCRIÇÃO X JOGOS FENACEF

Esta ficha deve ser preenchida de acordo com o disposto no Regulamento Geral dos X Jogos Fenacef. Para dirimir qualquer dúvida, contate a comissão organizadora. Não serão aceitas fichas com incorreções!

## SEUS DADOS PESSOAIS

1 NÚMERO DE REGISTRO NO SISTEMA DE INSCRIÇÕES		2 DELEGAÇÃO		3 DATA DA INSCRIÇÃO / /	
4 TIPO DE INSCRIÇÃO  <input type="checkbox"/> A - APOSENTADO (A) <input type="checkbox"/> B - PENSIONISTA <input type="checkbox"/> C - CÔNJUGE DE APOSENTADO (A) <input type="checkbox"/> D - CÔNJUGE DE PENSIONISTA <input type="checkbox"/> E - CONVIDADO DE APOSENTADO (A) <input type="checkbox"/> F - CONVIDADO DE PENSIONISTA <input type="checkbox"/> G - OUTRO		5 TIPO DE PARTICIPAÇÃO E VALORES  <input type="checkbox"/> A – ATLETA: <b>150,00</b> <input type="checkbox"/> B – CHEFE DE DELEGAÇÃO: <b>150,00</b> <input type="checkbox"/> C – ATLETA e CHEFE DE DELEGAÇÃO: <b>150,00</b> <input type="checkbox"/> D – PRESIDENTE DE ASSOC / REPRESENTANTE: <b>150,00</b> <input type="checkbox"/> E – CONVIDADO: <b>200,00</b> <input type="checkbox"/> F – TÉCNICO: <b>200,00</b>  <i>Obs. 1.: Se necessário, marque mais de uma opção.</i> <i>Obs. 2: Valores em reais.</i>			<b>ATENÇÃO:</b> O pagamento da taxa de inscrição deverá ser efetuado somente na sua associação de filiação!
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 QUE ASSOCIADO VOCÊ ESTÁ ACOMPANHANDO? (INFORMAÇÃO OBRIGATÓRIA PARA CÔNJUGES E CONVIDADOS)					
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		

## SEU ENDEREÇO

16 LOGRADOURO					
17 NÚMERO	18 COMPLEMENTO		19 BAIRRO		
20 CIDADE			21 UF	22 CEP	

## SEUS TELEFONES

23 TELEFONE RESIDENCIAL	24 TELEFONE CELULAR
-------------------------	---------------------

## SEUS E-MAILS

IMPORTANTE: INFORME CORRETAMENTE SEUS E-MAILS PARA RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE SUA INSCRIÇÃO E ALTERAÇÕES!

25 E-MAILS
------------

## SUAS MODALIDADES

26 MODALIDADES DE COMPETIÇÕES  <input type="checkbox"/> FUTEBOL DE CAMPO (SOÇAITE) <input type="checkbox"/> FUTSAL <input type="checkbox"/> VOLEIBOL MISTO DE QUADRA <input type="checkbox"/> VOLEIBOL MISTO DE AREIA <input type="checkbox"/> TÊNIS DE QUADRA INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> TÊNIS DE QUADRA DUPLA MISTA <input type="checkbox"/> TÊNIS DE QUADRA DUPLA MASCULINO  <input type="checkbox"/> TÊNIS DE QUADRA DUPLA FEMININO <input type="checkbox"/> TÊNIS DE MESA DUPLA MISTA <input type="checkbox"/> TÊNIS DE MESA INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> NATAÇÃO <input type="checkbox"/> XADREZ <input type="checkbox"/> DAMAS  <input type="checkbox"/> DOMINÓ <input type="checkbox"/> CANASTRA <input type="checkbox"/> TRUCO <input type="checkbox"/> SINUCA <input type="checkbox"/> CORRIDA DE RUA 3 KM <input type="checkbox"/> CORRIDA DE RUA 5 KM <input type="checkbox"/> CORRIDA DE RUA 10 KM		
27 DETALHAMENTO DAS MODALIDADES (PROVA, FAIXA ETÁRIA ETC.)		

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

<b>28 POSSUI PLANO DE SAÚDE?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<b>29 CASO POSITIVO, QUAL?</b>	
<b>30 O PLANO POSSUI COBERTURA EM SANTA CATARINA?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<b>31 DIABÉTICO?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<b>32 TIPO SANGÜÍNEO</b>
<b>33 FATOR RH</b>		<b>34 ALERGIAS</b>	
<b>35 CONTATO DE EMERGÊNCIA</b>		<b>36 TELEFONES DO CONTATO DE EMERGÊNCIA</b>	
<b>37 NECESSIDADES ESPECIAIS (CADEIRANTE, DIFICULDADES DE LOCOMOÇÃO ETC.)</b>			

38 MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO	39 DOSAGEM	40 FREQUÊNCIA	41 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

<b>42 OBSERVAÇÕES GERAIS (OUTROS ENDEREÇOS, OUTROS E-MAILS, INFORMAÇÕES RELATIVAS À INSCRIÇÃO, ETC).</b>
--

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

#### IMPORTANTE:

- 1) Esta ficha deverá ser entregue pelo participante à associação, em cada estado, devidamente preenchida.
- 2) **As inscrições deverão ser realizadas e inseridas no sistema de inscrições do evento impreterivelmente até o dia 12/04/2019 (APÓS ESSA DATA O SISTEMA NÃO ACEITARÁ NENHUMA NOVA INCLUSÃO).**

Promoção



Realização

