

AUTORIZAÇÃO / MATRÍCULA - 2019

Eu, _____

autorizo meu filho(a) _____ obedecendo as regras abaixo a participar do treinamento da ESCOLA DE ESPORTES INSTITUTO CANÇÃO NOVA e me comprometo como responsável ajudá-lo(a) a se dedicar aos treinamentos e aos estudos ajudando-o a organizar seu tempo de estudo e acompanhá-lo(a) para que tenha bons resultados nas notas escolares para não precisar faltar no treinamento esportivo.

Assinalar (X) a modalidade. O aluno pode treinar as duas modalidades, o handebol e atletismo, de acordo com os horários estipulados e a idade.

AULAS NO PERÍODO MATUTINO:

() **HANDEBOL** MASCULINO E FEMININO NASCIDOS EM 2003–2004–2005–2006

HORÁRIO: 9:00 às 10:30

DIAS: SEGUNDA, QUARTA E SEXTA

() **ATLETISMO** MASCULINO E FEMININO NASCIDOS EM 2007–2008–2009–2010–2011–2012

HORÁRIO: 8:00 às 9:00

DIAS: QUARTA E SEXTA

AULAS NO PERÍODO VESPERTINO

() **HANDEBOL** MASCULINO NASCIDOS EM 2002-2003-2004-2005-2006

HORÁRIO: 16:30 AS 18:00

DIAS: SEGUNDA, QUARTA E SEXTA

() **HANDEBOL** FEMININO NASCIDAS EM 2003-2004-2005-2006

HORÁRIO: 16:30 AS 18:00 / 8:30 às 10:30

DIAS: TERÇA E QUINTA / SÁBADO

() **ATLETISMO** MASCULINO E FEMININO NASCIDOS EM 2006-2007–2008–2009–2010

HORÁRIO: 15:30 às 16:30

DIAS: SEGUNDA, QUARTA E SEXTA

() **ATLETISMO** MASCULINO E FEMININO NASCIDOS EM 2011-2012-2013-2014

HORÁRIO: 15:30 às 16:30

DIAS: TERÇA E QUINTA

AULAS NO PERÍODO NOTURNO

() **HANDEBOL** FEMININO NASCIDOS EM 2007-2008-2009–2010

HORÁRIO: 18:00 às 19:30

DIAS: SEGUNDA E QUARTA

() **HANDEBOL** MASCULINO NASCIDOS EM 2007-2008-2009–2010

HORÁRIO: 18:00 às 19:30

DIAS: TERÇA E QUINTA

Regras para participar da ESCOLA DE ESPORTES INSTITUTO CANÇÃO NOVA:

- Não é permitido faltar mais de 5 vezes por semestre, salvo por atestado médico ou motivo maior. Caso falte por qualquer outro motivo mesmo sendo para estudar para prova estará contando como falta. Caso contrário precisará se ausentar da atividade esportiva até o próximo semestre e poderá retornar caso tenha vaga.
- **As roupas de treino para as meninas são:** tênis, short de lycra, tãctel ou moletom, calça de moletom, tãctel, leg, camiseta regata ou de manga. Tendo a camiseta do uniforme de treino precisará treinar com ela.
- **Não é permitido às meninas treinarem** com camisetas curtas aparecendo a barriga, camiseta de alça fina, short curto, short jeans, calça jeans, camiseta com decotes, descalço, de sapatos, chinelo, sapatilha. Se vier com essas vestimentas não farão a aula.
- **Roupa de treino para os meninos:** Tênis, short de tãctel ou moletom, calça de tãctel ou de moletom, camiseta de manga ou regata.
- **Não é permitido aos meninos:** bermuda ou shorts jeans, calça jeans, sapatos, chinelo, descalço. Tendo a camiseta do uniforme de treino precisará treinar com ela.
- Poderã fazer o uso do celular somente no início e final dos treinos ou caso esteja esperando uma ligação do seu familiar, sendo preciso é necessãrio avisar o professor.
- Proibido falar palavrã, ser mal educado com todos.
- É preciso fazer todas as atividades conforme pedido, caso fique de brincadeira serã levado o acontecimento aos pais e se permanecer serã convidado a se retirar dos treinos e nã participarã mais.
- Pelo menos uma vez por ano acontecerã um retiro espiritual para os alunos.

Os Treinamentos sã visados a preparaã fãsica, tãcnica e tãctica, visando o aperfeiçoamento individual e/ou da equipe para participar de torneios, campeonatos, etc, nas suas respectivas idades. Todas as aulas sã preparadas para as idades adequadas.

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS: Cópia da carteira de identidade colorida e autenticada, autorizaã mãdica para prãtica esportiva.

Responsãvel Mãe() Pai() Outro() _____

FICHA DE CADASTRO - 2019		
Nome do aluno(a):		
Data de Nasc.:	Cidade:	UF:
Doc. Identidade:		
CPF:	Nº Passaporte:	
Nº telefone fixo:	Nº Celular:	
Endereço:		
Cidade:		UF:
Nome da Mãe:		
Nº celular:	Fixo:	Comercial:
Data Nasc:	Profissão:	Altura:
RG:	CPF:	Tipo Sanguíneo:
Nome do Pai:		
Nº celular:	Fixo:	Comercial:
Data Nasc:	Profissão:	Altura:
RG:	CPF:	Tipo Sanguíneo:
Outro responsável caso não sejam os pais		
Nº celular:		
Data Nasc:	Profissão:	Altura:
RG:	CPF:	Tipo Sanguíneo:
DADOS MÉDICOS DO ALUNO		
Toma algum tipo de remédio? () sim () Não Qual? _____		
Para que?		
Tem alergia ? () Sim () Não	Qual? _____ Utiliza Medicamento?	
Já quebrou algum osso?	Qual?	
Já fez cirurgia?	Do que?	
Tipo sanguíneo:		
Obs.:		