

NOME COMPLETO*			SEXO*	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
NOME COMPETIÇÃO			Data Nascimento		
TELEFONE	TELEMÓVEL*			NIFiscal*	
E-MAIL*			N.º C.Cidadão/BI *		

Para inscrições de agentes de nacionalidade diferente da Portuguesa

PASSAPORTE	DATA EMISSÃO	VALIDADE
------------	--------------	----------

NACIONALIDADE*	NATURALIDADE*
----------------	---------------

MORADA*
---------

LOCALIDADE*	CÓDIGO POSTAL*	-	
-------------	----------------	---	--

## AGENTE DESPORTIVO

PRATICANTE DESPORTIVO <input type="checkbox"/>	DIRIGENTE <input type="checkbox"/>	TREINADOR <input type="checkbox"/>	JUIZ <input type="checkbox"/>	REPRESENTANTE DE ATLETA <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>
------------------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------------------	---------------------------------

## PRATICANTE DESPORTIVO

N.º LICENÇA	ESCALÃO	N.º DISTRITAL
(A preencher pela FPA)		(A preencher pela FPA)

CLUBE*	SIGLA
--------	-------

NOME DO TREINADOR	Nº CÉDULA TREINADOR
-------------------	---------------------

INSCRIÇÃO INICIAL <input type="checkbox"/>	RENOVAÇÃO <input type="checkbox"/>	TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/>	Valor da Compensação
--------------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------------	----------------------

Solicita Transferência do CLUBE	CLUBE	AARR
---------------------------------	-------	------

Para o CLUBE	CLUBE	AARR
--------------	-------	------

## DESPORTO ADAPTADO

VISUAL <input type="checkbox"/>	MOTORA <input type="checkbox"/>	INTELECTUAL <input type="checkbox"/>	SURDO <input type="checkbox"/>	PARALISIA CEREBRAL <input type="checkbox"/>
---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------------

## SEGURO DESPORTIVO

SEGURO FPA PREMIUM <input type="checkbox"/>	SEGURO FPA CLASSIC <input type="checkbox"/>
---------------------------------------------	---------------------------------------------

SEGURO PRÓPRIO <input type="checkbox"/>	COMPANHIA DE SEGUROS	N.º APÓLICE
-----------------------------------------	----------------------	-------------

Deverá ser anexada declaração de seguro emitida pela Companhia Seguradora. Ligação para a minuta [www.fpatletismo.pt](http://www.fpatletismo.pt)

## Declaração do Encarregado de Educação - para inscrições de praticantes Juvenis e Juniores menores de 18 anos i):

Eu, \_\_\_\_\_ N.º CC/BI \_\_\_\_\_

(Encarregado de Educação do praticante), autorizo que este praticante seja submetido a controlos de dopagem em competição e fora de competição.

Assinatura ii) \_\_\_\_\_

i) Declaração obrigatória nos termos do nº 3 do Artº 30 da Lei nº 27/2009 de 19 de Junho para todos os atletas que sejam menores de idade à data da sua inscrição na FPA mesmo que atinjam a maioridade no decorrer da época desportiva para a qual se inscrevem.

ii) A assinar por quem exerce o poder paternal ou detém a sua tutela sobre o atleta em questão.

## Declaração:

Declara-se que a presente filiação não contraria o disposto nos Art.ºs 6º-1 e 7º-1 do Regulamento Geral de Competições

Declara-se que o Praticante Desportivo tem Exame Médico Desportivo válido para a época em causa

## Assinaturas

Atleta: \_\_\_\_\_ ASSOCIAÇÃO \_\_\_\_\_

Encarregado de Educação: \_\_\_\_\_ (Obrigatório para praticantes menores de 18 anos)

Dirigente do Clube: \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

Ao assinar a Ficha de Inscrição, o Agente Desportivo autoriza a FPAletismo ao tratamento informático dos dados constantes na mesma, e a divulgar o Nome, Tipo de Agente, Clube e Data de Nascimento na página da Federação Portuguesa de Atletismo na internet e nos documentos por si emitidos.