



Federação Paranaense de Futebol de Salão

Rua Marechal Deodoro, 869 - 15º Andar - Conj. 1505/06 - CEP: 80.060-010
Fone/Fax: 0-XX-41-3233-4571 - Fax: 0-XX-41-3233-6257 - Cx. Postal 1600 - CEP: 80.011-970 - Curitiba - PR
Endereço Internet: www.futsalparana.com.br - Eletronic mail: fpfs@futsalparana.com.br

Ofício n. ° 0053/2016

Curitiba, PR, 08 de Dezembro de 2016

Registro

Assunto: Documentos para Revalidação de Atletas

Tem o presente a finalidade de informar os documentos necessários para a solicitação de revalidação de atletas não profissionais para a presente temporada junto à CBFS e FPFs.

REVALIDAÇÃO

Trata-se da renovação de atletas que estão inscritos por uma determinada equipe e vão disputar competições por essa mesma equipe no ano corrente.

- Formulário de Revalidação;
- Uma (1) cópia do Registro Geral ou Carteira Nacional de Habilitação válida (não é necessário ser colorido e autenticado);
- Uma (1) fotografia atual;
- Atestado médico específico para a prática do esporte com data de emissão de no máximo 90 dias antes da data de encaminhamento do documento à FPFs.
- Assinaturas do(a) atleta, do Presidente do clube ou da associação e do responsável pelo(a) atleta com reconhecimento de firma (exceto para atletas maiores de idade).

Andressa Oliveira
Departamento de Registro



Confederação Brasileira de Futebol de Salão - Futsal

Fundada em 15 de Junho de 1979

FUTSAL - Esporte genuinamente brasileiro

PEDIDO DE REVALIDAÇÃO DE ATLETA NÃO PROFISSIONAL

Ilmo Sr. Presidente da CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE FUTEBOL DE SALÃO - CBFS

O atleta: _____ Insc. CBFS: _____

Data de Nascimento: _____ Carteira de Identidade Nº: _____

Pai: _____
Filiação: _____ (Nome por extenso)

Mãe: _____
(Nome por extenso)

Responsável Legal: _____
(Preenchimento obrigatório do nome por extenso, quando tratar-se de atleta menor)

Residente: _____

Município: _____ UF: _____

End. Eletrônico: (e-mail) _____

Inscrito na Federação: **PARANAENSE DE FUTEBOL DE SALÃO**

Pelo Clube: _____
(Nome Oficial do Clube)

VEM REQUERER A VOSSA SENHORIA QUE SE DIGNE A REVALIDAR SUA INSCRIÇÃO NA CBFS PARA A TEMPORADA

Local e Data _____ x _____
Assinatura do Atleta Requerente

Autorizo a presente solicitação de REVALIDAÇÃO:

Local e Data _____ x _____
(Assinatura do pai, mãe ou responsável legal)

Clube Atual:

Ciente:

Assinatura do Presidente do Clube _____ x _____
Assinatura do Presidente da Federação

O atleta signatário declara, sob as penas da lei, que todas as informações e dados aqui consignados expressam a verdade.



Rua Coronel Ferraz, 52 – Conj. 301 / 302 – Centro – Fortaleza – Ceará – Brasil – CEP 60060-150
Tel.: 55.85.3533.8300 – Fax: 55.85.3253.6425 – e-mail: cbfs@cbfs.com.br