



CADASTRO CEIS NA MELHOR IDADE

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/_____

CPF: _____

Nº do SUS: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: (____) _____

Utiliza algum medicamento? () Não () Sim

Se sim, qual? _____

DECLARO estar ciente das minhas condições físicas e de saúde, assumindo responsabilidade por eventuais problemas de saúde decorrentes da prática de atividades físicas e esportivas, isentando desta forma, professores, técnicos, monitores, estagiários, de qualquer ônus em decorrência desta prática.

Jequié, ___/___ de 2022

(assinatura)