



# FEDERAÇÃO PAULISTA DE BASKETBALL

Fundada em 24/04/1924

## REQUERIMENTO

FPB: \_\_\_\_\_

CBB: \_\_\_\_\_

NOME DO ATLETA \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ R.G. Nº \_\_\_\_\_ C.P.F. Nº \_\_\_\_\_  
(Atleta)

ASSOCIAÇÃO A QUAL PERTENCE: \_\_\_\_\_

VEM REQUERER SEU (SUA):  REGISTRO  RENOVAÇÃO  TRANSFERÊNCIA

NA CATEGORIA \_\_\_\_\_  FEMININO  MASCULINO

PARA A ASSOCIAÇÃO \_\_\_\_\_

PRAZO DE VIGÊNCIA \_\_\_\_\_ INÍCIO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ TÉRMINO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Autorizo a Federação Paulista de Basketball, a utilizar meus dados pessoais informados na ficha de registro para os procedimentos internos da FPB e a utilização de minhas imagens para divulgação no site, nos periódicos, vídeos dos eventos, meios de comunicação impressa, visual, internet, audiovisual, de forma universal, com o único intuito de propagar, divulgar o basketball como atividade sócio, desportiva e econômica. Outrossim, desde já tenho ciência do protocolo sanitário da FPB na prevenção do Covid-19 e me comprometo a seguir todas as diretrizes e orientações ali contidas sob pena de não o fazendo, cumprir as sanções impostas pelo TJD.**

ASSINATURA DO ATLETA	PAI OU RESPONSÁVEL QUANDO MENOR
FILIADO (A)	(ASSINATURA)
PRESIDENTE	

### DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

#### 1- PARA REGISTRO NA FPB INSCRIÇÃO NCIAL

- A) ORIGINAL OU XEROX DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO
- B) ORIGINAL OU XEROX AUTENTICADA DO RG
- C) XEROX DO CPF (PAI OU RESPONSÁVEL QUANDO MENOR)
- D) 3 FOTOS 2X2
- E) ATESTADO MÉDICO

#### 2 - PARA TRANSFERÊNCIA ENTRE FILIADOS DA FPB

- A) 2 FOTOS 2X2
- B) XEROX DO RG
- C) XEROX DO CPF (PAI OU RESPONSÁVEL QUANDO MENOR)
- D) CARTA DE LIBERAÇÃO DO CLUBE DE ORIGEM
- E) ATESTADO MÉDICO

#### 3 - PARA RENOVAÇÃO DA CARTEIRINHA DE ATLETA

- A) 2 FOTOS 2X2
- B) ATESTADO MÉDICO

#### 4 - PARA TRANSFERÊNCIA DE OUTRAS FEDERAÇÕES

- A) REQUERIMENTO DA CBB DE TRANSF. JOG. BRASILEIRO BI XEROX DO RG
- C) XEROX DO RG (PAI OU RESPONSÁVEL QUANDO MENOR)
- D) XEROX DO CPF (PAI OU RESPONSÁVEL QUANDO MENOR)
- E) 2 FOTOS 2X2
- F) CARTA DE LIBERAÇÃO DA FEDERAÇÃO DE ORIGEM
- G) ATESTADO MÉDICO

TODAS AS TAXAS DEVERÃO SER PAGAS NO ATO

RUA FREICANECA, 1407 • 4º ANDAR - CEP 01307-003 - SÃO PAULO - SP - BRASIL - FONE (11) 2112.1900