



AVALIAÇÃO TÉCNICA

Departamento de Futebol de Base



OSASCO FUTEBOL CLUBE – CATEGORIA SUB __

IDENTIDADE - RG

DATA NASC.

ALTURA

PESO

NOME COMPLETO:

POSIÇÃO:

OUTRA POSIÇÃO:

NOME DA MÃE:

NOME DO PAI:

ENDEREÇO:

CEP:

CIDADE:

FONES:

ÚLTIMO CLUBE:

ATENÇÃO: O OSASCO FUTEBOL CLUBE NÃO COBRA TAXA DE INSCRIÇÃO PARA JOGADORES EM TESTE

AUTORIZAÇÃO / RESPONSÁVEL

Pela presente autorizo meu filho _____ a participar da avaliação técnica de futebol de campo promovida pelo o Osasco Futebol Clube. Isentando o clube de quaisquer responsabilidades em caso de acidente com o mesmo. Sabedor que se trata de um esporte de contato.

Estou ciente de que uma **AVALIAÇÃO TÉCNICA/TESTE** se trata de um **PROCESSO DE ESCOLHA**. Portanto **ACEITAREI** qualquer que seja a decisão do Osasco Futebol Clube.

Responsável legal

Nome:

RG:

Obrigado por escolher o Osasco Futebol Clube

Indicação: _____

Deptº de Futebol Amador

ATENÇÃO

Durante todo o período de avaliação, o clube **NÃO** se responsabiliza por: **ESTADIA, TRANSPORTE ou ALIMENTAÇÃO.**

INSCRIÇÃO SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DO ATESTADO MÉDICO do jogador de APTO à REALIZAR ATIVIDADE FÍSICA;

DÚVIDAS, SUGESTÕES E INFORMAÇÕES (11) 3682-0842 / 3682-0615.

SE PREPARE, TREINE E BOA SORTE!!

CT: Rua José Teles da Conceição Nº 321 - Jardim Cipava - Osasco - SP CEP: 06075 - 390

WWW.OSASCOFC.COM.BR