



**FEDERAÇÃO PAULISTA DE JUDÔ**  
Rua Airosa Galvão, 45 – Agua Branca – São Paulo -SP  
TEL 11 38620749 - 36725649  
[www.fpj.com.br](http://www.fpj.com.br) e-mail [fpj@fpj.com.br](mailto:fpj@fpj.com.br)



**FICHA DE REGISTRO**  
**DIVISÃO ASPIRANTE**

\_\_\_\_<sup>a</sup> DELEGACIA REGIONAL da \_\_\_\_\_

Nome do Atleta: \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ ou C.N. \_\_\_\_\_

Filiação: Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Fone: ( ) \_\_\_\_\_

Entidade Esportiva que Registra: \_\_\_\_\_

E-mail da Entidade \_\_\_\_\_

FAIXA: \_\_\_\_\_ °KIU Sexo: Masculino ( ) Feminino( )

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

O abaixo assinado, declara ter pleno conhecimento do regulamento da 2ª divisão da FEDERAÇÃO PAULISTA DE JUDÔ, aceitando as suas condições, isentando esta federação de todas as responsabilidades de qualquer acidente que possa ocorrer durante a realização de qualquer evento esportivo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Cidade

Data

Assinatura do atleta ou do responsável do menor de 21anos

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Assinatura do Professor Responsável

Data

Assinatura do Delegado Responsável

Nome Legível

e-mail

**ANEXAR 1 FOTO 3X4 E XEROX DO RG OU C.N.**