



CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE KICKBOXING

FILIAÇÃO DE ACADEMIA

Registro de Filiação: _____

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____

CNPJ nº _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ Telefone c/ DDD: _____

Site: _____ Email: _____

Responsável pela Academia / Equipe – Professor Faixa Preta

Nome: _____ Grau: _____ Dan N° Filiação: _____

RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Cep: _____

Telefones: _____

- Declaro que todas as informações acima prestadas são verdadeiras.

São Paulo, _____ de _____ de _____

Responsável Técnico

Rua Bom Pastor, 1091, Ipiranga – São Paulo/SP – CEP 04.203-051 – Tel. 11 96901-1105