



ASSOCIAÇÃO ATLÉTICA COMERCIAL

CADASTRO DE VISITANTE (Demais Localidades)

Nome do Sócio: _____

Título: _____

Nome do

Visitante: _____

Idade: _____ sexo: F () M ()

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____ FONE: _____

**FOTO
3x4**

Prazo de validade da Carteirinha Social:

() 7 dias Custo R\$ 30,00

() 10 dias Custo R\$ 42,00

() 15 dias Custo R\$ 64,00

() 20 dias Custo R\$ 84,00

() 25 dias Custo R\$ 106,00

() 30 dias Custo R\$ 127,00

Ass. Do Visitante

Data de Entrada: ____/____/____. Data de Vencimento: ____/____/____.

OBS: Anexar a este formulário xérox da identidade e comprovante de residência do visitante e exame médico.

Exame médico no clube será cobrado o valor de 40,00 reais por pessoa.

O visitante deverá residir a uma distância mínima de 100 km de Cascavel conforme artigo 22 item VII do estatuto social.

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO.

Responsabilizo-me por todo e qualquer dano que, por ventura, vier ocorrer, praticado pelo meu convidado, bem como por sua conduta moral e social.

Comprometo-me, pela exatidão das informações acima prestadas, em aceitar as penalidades impostas pela diretoria do clube, baseadas no art. 50 do Estatuto Social vigente, caso

seja constatado falsidade nas mesmas informações.

Assim, portanto, o presente termo, ciente das penalidades acima que possam me advir.

Cascavel, _____ de _____ 20____.

Ass. Do Associado

Ass. Do Colaborador.