ASSOCIAÇÃO DE FUTEBOL DE VILA REAL

CONSELHO DE ARBITRAGEM

Época 201__/__

Equipa Principal / Equipa Secundária		Identificação da equipa - Futsal	Código Equipa / Código Individ.	

Árbitro

NOME: _____

MORADA: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ _____ _____

NIF Nº / / / / / / / / B.I.: / / / / / / / / emitido em: _____/____/____

Arquivo: _____ Nascido em _____/___/____ Idade:_____Anos

Hab. Literárias _____ Profissão - _____

Local de trabalho: _____

NIB: / Banco - _____

CONTACTOS

N.º Telefone: _____ Telemóvel: _____

Outro Contacto: _____ *Email*: _____

Exame Médico: _____ Data:_____/___/____ Médico: _____

DISPONIBILIDADE:

SÁBADO (Manhã / Tarde / Noite); **DOMINGO** (Manhã / Tarde / Noite); **Feriados** (Manhã / Tarde / Noite)

**** - Riscar os períodos de indisponibilidade***

OUTROS:

Tem viatura própria?_____ Nº de lugares: _____

Tem filiação clubística?_____ Indique Qual: _____

Tem familiares ou patrões a dirigir clubes? Qual? _____

Observações:

_____

ASSINATURA: _____

Notas:

1 – Preenchimento obrigatório pelo Chefe de Equipa e assinada pelos 3 elementos;
2 – O preenchimento desta ficha é obrigatório para poder ser nomeado;
3 – Se por qualquer motivo tiver de alterar a constituição da sua equipa deve comunicar tal facto, por escrito, ao Conselho de Arbitragem;
4 – Deverão apresentar cópia do Bilhete de Identidade actualizada (todos);
5 – Os elementos que não integram os quadros nacionais deverão juntar **exames médicos**;

Obs.:

ASSOCIAÇÃO DE FUTEBOL DE VILA REAL

CONSELHO DE ARBITRAGEM

Época 201__/__

IDENTIFICAÇÃO DOS RESTANTES ELEMENTOS DA EQUIPA

(PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

2º Árbitro e Cronometrista

NOME: _____

MORADA: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ _____ _____

NIF Nº / / / / / / / / B.I.: / / / / / / / / emitido em: _____/____/____

Arquivo: _____ Nascido em _____/___/____ Idade:_____Anos

Hab. Literárias _____ Profissão - _____

Local de trabalho: _____

NIB: / Banco - _____

CONTACTOS

N.º Telefone: _____ Telemóvel: _____ *Email*: _____

Exame Médico: _____ Data:_____/___/____ Médico: _____

DISPONIBILIDADE:

SÁBADO (Manhã / Tarde / Noite); **DOMINGO** (Manhã / Tarde / Noite); **Feriados** (Manhã / Tarde / Noite)

**** - Riscar os períodos de indisponibilidade***

Observações:

_____

ASSINATURA: _____

NOME: _____

MORADA: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ _____ _____

NIF Nº / / / / / / / / B.I.: / / / / / / / / emitido em: _____/____/____

Arquivo: _____ Nascido em _____/___/____ Idade:_____Anos

Hab. Literárias _____ Profissão - _____

Local de trabalho: _____

NIB: / Banco - _____

CONTACTOS

N.º Telefone: _____ Telemóvel: _____ *Email*: _____

Exame Médico: _____ Data:_____/___/____ Médico: _____

DISPONIBILIDADE:

SÁBADO (Manhã / Tarde / Noite); **DOMINGO** (Manhã / Tarde / Noite); **Feriados** (Manhã / Tarde / Noite)

**** - Riscar os períodos de indisponibilidade***

Observações:

_____

ASSINATURA: _____