

Associação de Futebol do Porto



CURSO DE MASSAGISTAS - NIVEL I

Nome _____

Nascido em ____/____/____ 3. Natural _____

B. Identidade n.º _____ Arquivo _____ de ____/____/____

Estado Civil __ Solteiro __ Casado __ Divorciado __ Outro _____

Morada _____

Localidade _____ Código Postal _____ - Distrito _____

Telefone: Casa _____ Emprego _____ Telemóvel _____ Email _____

N.º Contribuinte _____ Habilitações Literárias _____



Situação Profissional

__ Industrial __ Comerciante __ Empregado por conta outrem __ Estudante __ Desempregado __ Outro _____

Situação Desportiva

Está a exercer a actividade de Massagista? __ Sim __ Não

Se sim, indique o Clube? _____

Obteve algum castigo? __ Sim __ Não

Já frequentou algum curso de formação? __ Sim __ Não

Quais?

Curso	Local	Duração	Data

Sofre de algum defeito físico? __ Sim __ Não

Se sim, indique qual: _____

Forma de pagamento: __ Cheque __ Dinheiro __ Multibanco __ Transferência Bancaria

Data: ____/____/____

Assinatura _____