



Projecto Gira-Volei

- Realização ação formação Monitores Gira-Volei
- Candidatura como centro Gira-Volei através do preenchimento formulário ficha candidatura.
- Assinatura protocolo com a FPV
- Preenchimento fichas de atleta e envio para a AVL
- Entrega de material (Postes, Bolas, Redes, Tshirts) de acordo com o número atletas inscritos
- Dinamização de treinos Gira-Volei em cada centro
- Realização de torneios internos, com vista ao apuramento para encontro regional gira-Volei Lisboa
- Participação no Encontro Regional Lisboa

Informações:

Marco Silva -960475115

atividades@avlisboa.pt



CENTRO GIRA-VOLEI FPV

Ficha de Candidatura • NÍVEL **1** **2** assinalar nível pretendido

ENTIDADE

NIF

MORADA

LOCALIDADE

CÓD. POSTAL

E-MAIL

TELEFONE

☐ PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

RESPONSÁVEL

FUNÇÃO

FORMAÇÃO

E-MAIL

TELEFONE

MORADA

LOCALIDADE

CÓD. POSTAL

TREINADOR

HABILITAÇÕES

TREINADOR

HABILITAÇÕES

RESP. TÉCNICO

HABILITAÇÕES

CENTRO GIRA-VOLEI FPV

LOCAL

RESPONSÁVEL PELO CENTRO

ENVIADO À FEDERAÇÃO EM ____/____/____

RECEBIDO NA FEDERAÇÃO EM ____/____/____



CENTRO GIRA-VOLEI FPV

Ficha de Inscrição de Atleta • NÍVEL **1** **2**

assinalar nível pretendido ^

Em caso de revalidação, é favor preencher apenas o nome, n.º de licença da época anterior e os dados com alterações. Não é necessário fotografia.

FOTOGRAFIA

NOME COMPLETO

MORADA

LOCALIDADE

CÓD. POSTAL

FILHO DE

E DE

NACIONALIDADE

NATURAL DE

ALTURA

cm

DATA NASCIMENTO

BI / CC

LICENÇA Nº

E-MAIL

TELEFONE

■ PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

EXAME MÉDICO

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro que o jogador referido no presente boletim tem ficha médica no Centro Gira-Volei devidamente actualizada, e está vacinado contra o Tétano e reúne todas as condições para a prática do Voleibol conforme resultado do exame, a que procedi de acordo com a ficha de Exame Médico Desportivo, de acordo com os termos legais em vigor.

(assinatura do médico)

CENTRO GIRA-VOLEI FPV

RESPONSÁVEL PELO CENTRO

AUTORIZAÇÃO DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

ENVIADO À FEDERAÇÃO EM ____/____/____

RECEBIDO NA FEDERAÇÃO EM ____/____/____



PARAVOLEI

FICHA DE CANDIDATURA

☒ VOLEIBOL SENTADO

☐ inVOLEI

ENTIDADE

NIF

MORADA

LOCALIDADE

CÓD. POSTAL

E-MAIL

TELEFONE

☐ PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

RESPONSÁVEL

FUNÇÃO

FORMAÇÃO

E-MAIL

TELEFONE

MORADA

LOCALIDADE

CÓD. POSTAL

TREINADOR

HABILITAÇÕES

TREINADOR

HABILITAÇÕES

RESP. TÉCNICO

HABILITAÇÕES

ENTIDADE

LOCAL

RESPONSÁVEL

ENVIADO À FEDERAÇÃO EM ____/____/____

RECEBIDO NA FEDERAÇÃO EM ____/____/____



FEDERAÇÃO PORTUGUESA DE VOLEIBOL
Ficha de Inscrição
PARAVOLEI



☐ Atleta - 1ª vez ☒ Voleibol Sentado ☐ Masculino
☐ Atleta - Revalidação ☐ inVolei ☐ Feminino

Época /
Nº Licença

Categoria de Deficiência [campo obrigatório]:

☐ 1 Deficiência Visual/Cegos ☐ 2 Deficiência Auditiva/Surdos ☐ 3 Deficiência Intelectual ☐ 4 Amputados
☐ 5 Paralisia Cerebral ☐ 6 Lesionados vertebro-medulares ☐ 7 Les Autres (outros tipos de deficiência físico-motora)

N.I.
N.I.A.
G.R.



NOME

MORADA

LOCALIDADE

CÓD. POSTAL -

FILHO DE

E DE

NACIONALIDADE

NATURAL DE

TELEFONE

ESTADO CIV.

PROFISSÃO

DATA DE NASC. / /

CARTÃO CIDADÃO/BI Nº

DATA DE EMISSÃO / /

ARQUIVO IDENTIFICAÇÃO DE

E-MAIL

CONTRIBUINTE Nº

CLUBE

Declaração do Representante Legal do Atleta (no caso de inscrição de menores)

Declaro que, na qualidade de pai, mãe ou tutor, autorizo o menor acima identificado pelo qual sou responsável, a praticar Voleibol e a submeter-se ao controlo de dopagem em competição ou fora dela, tal como é legalmente exigido.

Data: / /

Assinatura

Entidade

Data: / /

* O

* O

* indicar o cargo que exerce nos corpos gerentes da Entidade



Data: / /

Assinatura do inscrito

Recebido na Associação em / /

Recebido na Federação em / /

Enviado à Federação em / /