



FORMULÁRIO DE REGISTRO DE NOVOS MEMBROS DA DISC GOLF BRASIL TEMPORADA 2018

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ País: _____

CEP: _____ Telefone: _____

E-mail: _____

Número PDGA: _____ Oficial Certificado: S N

Membro da Federação Paulista de Disco? S N

Adulto Responsável (Se menor de idade)

Nome Completo: _____

Telefone: _____

Assinatura do Responsável

Assinatura do Associado

Data: ____/____/____

Declaro por assinatura que todas as informações aqui contidas são verdadeiras. Eu também reconheço que minha conduta é sujeita a todas as regras e regulamentos da PDGA e dou a Disc Golf Brasil o direito de reproduzir minha foto em publicações ou outro meio promocional em nome da Associação em prol do Esporte.

De acordo com a Lei de Proteção de dados pessoais, seus dados serão tratados como caráter confidencial. A qualquer momento você pode exercer o direito de acesso, cancelamento e alteração das suas informações, comunicando-se por escrito.