

**LICENCIAMENTO 2024**

Nº DA LICENÇA: \_\_\_\_\_ CATEGORIA: \_\_\_\_\_

Disciplina: ( ) ESTRADA ( ) CROSS COUNTRY ( ) DOWNHILL ( ) BMX  
( ) MARATON ( ) PARACICLISMO ( ) CICLOTURISMO ( ) DIRIGENTE

ASSOCIAÇÃO/CLUBE/EQUIPE: \_\_\_\_\_

Nome		Data de Nascimento	
Naturalidade		Nacionalidade	
Pai		Mãe	
Endereço Residencial		Nº	Apto
Bairro	CEP	Cidade	Estado
Fone Residencial	Fone Comercial	Fax	Celular
CPF (CAMPO OBRIGATÓRIO)		e-Mail (CAMPO OBRIGATÓRIO)	
RG (CAMPO OBRIGATÓRIO)	Órgão Expedidor	Data de Expedição	
Clube/Associação e respectivo Estado de licenciamento no ano anterior			
Participou do Campeonato Catarinense no ano anterior?		Qual categoria?	
Sim ( )	Não ( )		

Assinatura do Presidente do Clube

Assinatura do Presidente da FCC

**D E C L A R A Ç Ã O**

Declaro estar ciente que ao obter a licença junto a FCC [respeitarei a regulamentação da Modalidade](#), as resoluções da CBC, [as Leis do Sistema Desportivo Brasileiro](#) e o [Código Brasileiro de Justiça Disciplinar Desportiva](#). Estou ciente que do descumprimento dos Estatutos Sociais da FCC, acarretará no meu desligamento da mesma, após devido processo legal e ampla defesa. Eximo a FCC de qualquer responsabilidade, em caso de acidente que venha a ocorrer comigo, ou que eu possa vir a provocar a terceiros. Declaro estar ciente que em caso de acidente o meu atendimento será feito em Hospital da Rede Pública.

Assinatura do Atleta (obrigatório)

Local e Data

**A U T O R I Z A Ç Ã O (para menor)**

Autorizo meu filho \_\_\_\_\_, menor de idade, a participar das competições organizadas pela **FEDERAÇÃO CATARINENSE DE CICLISMO**, eximindo-a de qualquer responsabilidade em caso de acidente que venha a acontecer a meu filho, ou que o mesmo possa vir a provocar a terceiros. Declaro estar ciente que em caso de acidente, o atendimento de meu filho será feito em Hospital da Rede Pública.

Assinatura do Responsável – RG (obrigatório)

Local e Data