

SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE PAGO

À AABB Porto Alegre (RS)

Sr. Presidente,

Solicito a inclusão de _____, abaixo qualificado como meu dependente na condição de:

() **1. Dependente Pago Jovem**

Declaro-me ciente que, ao completar 30 anos, o dependente será automaticamente desligado do quadro social.

() **2. Dependente Pago Noivo(a)/Namorado(a)**

Declaro-me ciente que a relação mencionada deverá ser anualmente declarada à Associação sob pena de exclusão de dependente pago. Estou ciente também que, ao completar 30 anos, o dependente será automaticamente desligado do quadro social. Comprometo-me a informar à AABB o eventual encerramento do vínculo de relacionamento aqui declarado.

() **3. Dependente Pago Parente**

*Para tanto, assumo total responsabilidade pelos seus atos perante o clube. Relação de Parentesco: _____.
(Para este caso é necessário apresentar o comprovante da relação de parentesco.)*

Documentos Necessários: 01 documento de identidade e CPF
01 comprovante de residência

Porto Alegre (RS), ___ / ___ / ____

Nome:

Matrícula:

Categoria

DADOS DO DEPENDENTE:

Data de nascimento: ___/___/____	Estado Civil:
Nome do Pai:	
Nome da Mãe:	
Identidade:	CPF:
Endereço:	
Bairro:	CEP:
Telefone Residencial:	Celular:
Profissão:	
Empresa:	
Telefone Comercial:	E-mail: