

### **Atividades Esportivas para os Pais, Professores, Funcionários e Amigos**

O Colégio Suíço-Brasileiro coloca sua infraestrutura de esportes à disposição dos pais, sob a orientação do Prof. Paulo, transformando o espaço dos filhos em convivência para a comunidade.

O objetivo do programa é a socialização e a integração entre pais, funcionários e instituição, promovendo a qualidade de vida e incentivo à prática de exercícios físicos.

#### TABELA DE DIAS E HORÁRIOS

| HORÁRIO           | Segunda-feira                 | Terça-feira                  | Quinta-feira                    |
|-------------------|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 19h00 às 20h30min | Futsal – masculino e feminino | Vôlei – masculino e feminino | Basquete – masculino e feminino |

- Para cada modalidade será necessário o mínimo de 12 atletas.
- Será cobrada uma mensalidade de R\$ 30,00

#### INSCRIÇÃO

- Os interessados deverão preencher a ficha de inscrição e entregá-la na Recepção do Colégio.

As atividades terão início a partir do dia 08/02/2010.

Atenciosamente,  
Paulo Konorr de Quadros Jr  
Educação Física.

**COLÉGIO SUÍÇO-BRASILEIRO**  
**ATIVIDADE ESPORTIVA PARA PAIS, PROFESSORES, FUNCIONÁRIOS E AMIGOS**  
**FICHA DE INSCRIÇÃO**

| MODALIDADE  | BASQUETE | FUTSAL      | VÓLEI      |
|---|----------|-------------|------------|
| NOME  |          |             |            |
| DATA DE NASCIMENTO ____/____/____   |          |             | IDENTIDADE |
| ENDEREÇO  |          |             |            |
| COMPLEMENTO   |          | BAIRRO      | CEP        |
| CIDADE  |          | ESTADO      |            |
| TELEFONE RES.   | CELULAR  |             |            |
| E-MAIL  |          |             |            |
| <p><b>DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO:</b> Eu, abaixo assinado, confirmo minha inscrição nas Atividades Esportivas para os Pais em 2010 e declaro estar em perfeitas condições de saúde para participar das mesmas, isentando o Colégio Suíço-Brasileiro e o Professor de qualquer responsabilidade sobre eventuais acidentes e / ou danos físicos ou clínicos que venha a sofrer. Comprometo-me, também, a realizar o pagamento da mensalidade de R\$ 30,00 (trinta reais).</p> |          |             |            |
| Data: / / .   |          | Assinatura: |            |