

FICHA DE AFILIAÇÃO ABAE - PESSOA FÍSICA

1. Dados Pessoais

Nome Completo

RG:

CPF:

Aniversário:

Endereço Residencial:

Bairro:

Número/Complemento:

Município:

UF:

CEP:

Telefone: ()

FAX: ()

Celular: ()

E-mail:

Site:

Skype:

MSN:

Facebook:

Twitter:

Outros:

Endereço para correspondência:

Número/Complemento:

Bairro

Município:

UF:

CEP:

2. Formação Escolar

2º grau completo 2º grau cursando. Série e Instituição:

Superior completo Superior cursando. Série, curso e instituição:

Pós Graduação Completa. Curso e Instituição:

Pós graduação em andamento. Curso e Instituição:

Mestrado. Área:

Doutorado. Área:

3. Informações Profissionais

Autônomo Prestador de Serviços CLT Proprietário

Nome da empresa:

Função:

Qual é a área de sua atuação profissional? *Caso seja mais do que um item abaixo, favor marcar como ordem de prioridade de nº 1 a 9, sendo o nº 1 o seu foco principal e assim por diante.

Acampamento educativo Prestador de serviços. Tipo:

Agência de viagem Fornecedor. Tipo:

Operadora de turismo Outra área:

Operadora de atividade especializada

Instituição de Ensino Formal

Meio de Hospedagem

Empresa de consultoria

Escola de atividades

Empresa de eventos

4- Sobre a ABAE

Já participou de alguma ação da ABAE? Quais?

Declaração de interesse (exponha aqui os motivos que o interessaram em associar-se à ABAE e quais suas expectativas em relação à associação)

5. Periodicidade do Pagamento ABAE

Marque a opção de pagamento desejada:

() Mensal () Semestral () Anual

Possui conta em banco? () Não () Sim. Banco: Agência nº Conta:

Referências Pessoais:

Nome: Telefone: É associado ABAE?

DECLARAÇÃO

Declaro, sob as penas das leis, serem verdadeiros os dados fornecidos na presente Ficha de Afiliação. Declaro, por fim, que tive acesso a uma cópia do Estatuto Social e do Regimento Interno da Associação Brasileira de Acampamentos Educativos - ABAE, tendo lido integralmente e aceitado todo o teor dos referidos documentos, sendo da minha vontade e compromisso a afiliação junto a esta entidade.

Local e data: _____ / _____, ____/____/20__

Assinatura do associado

Assinatura

Nome por extenso

Esse documento deve ser enviado para:

ABAE

Trav. Ubirassanga, 41 - CEP 04614-050 - CAMPO BELO - SP