



SOCIEDADE DE TIRO DO PORTO

ASSOCIAÇÃO DESPORTIVA

AUTORIZAÇÃO DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO PARA LICENCIAMENTO DESPORTIVO

Eu _____

Abaixo assinado(a), titular do B.I. / C.C. n.º _____ válido até ___ / ___ / _____

declaro que autorizo o meu educando _____

Nascido a ___ / ___ / _____, e titular do B.I. / C.C. n.º _____

a realizar o exame de acesso à Licença de Tiro Desportivo tipo TAC, A ou D da Federação Portuguesa de Tiro.

Mais declaro que o meu educando não possui quaisquer contra indicações para a prática de Tiro Desportivo conforme o atestado médico desportivo que apresento em anexo.

Data ___ / ___ / _____

O Encarregado de Educação,

Sede: COMPLEXO DESPORTIVO

Sociedade de Tiro do Porto, Rua do Cerco, S. Pedro de Rates, 4570-468 Póvoa do Varzim

Telefone: 252 957 589 - E-mail: stp_secretaria@hotmail.com

Pessoa Colectiva de Utilidade Pública, D. L. 460/77, D. R. II Série 226 de 28/09/2001