

## SOLICITAÇÃO DE REVISÃO DE CLASSE FUNCIONAL

### DADOS DO ATLETA

Nome do Atleta:		Sexo:
Data de Nascimento:	Classe Funcional Atual:	Classe Funcional Proposta:
Nº RG:	Nº CPF:	

Justificativa Funcional da Classe Proposta:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Presidente do Clube

\_\_\_\_\_  
Nome do Presidente do Clube e Carimbo

**Confederação Brasileira de Basquetebol em Cadeira de Rodas**

Av. Engº Domingos Ferreira nº 4023 Sala 903 Centro Empresarial de Boa Viagem Boa Viagem - Recife -PE, CEP 51021-040  
(81) 3031 3892 / 3031 3893 / 9751 5557

