

FORMULÁRIO SOLICITAÇÃO DE USO DO GINÁSIO

ICA
INSTITUTO
DE CIÊNCIAS
AGRÁRIAS

UFMG

1. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

Nome Completo:

Curso ou Cargo ou Setor:

Período:

Telefone de contato:

E-mail do solicitante:

3. AGENDAMENTO

Período de vigência do agendamento: De ____/____/____ até ____/____/____.

Dia (s) da semana:

Horário de início da reserva:

Horário de término da reserva:

HOUVE CONSULTA PRÉVIA DA AGENDA DO GINÁSIO/QUADRA CAAD? () SIM. () NÃO.

(AGENDA DISPONÍVEL NO SITE DO ICA)

HAVENDO NECESSIDADE DE MATERIAIS PARA PRÁTICAS ESPORTIVAS ENTRAR EM CONTATO COM:

PROFESSORA MARILDA (38) 99829-3034 OU 2101-7749

Confirmo, através desta solicitação, que ficarei responsável pelo jogo e pelas pessoas presentes e, no caso de qualquer eventualidade, estarei à disposição.

Declaro que li e compreendo as regras de utilização e consercação do espaço esportivo, E ME COMPROMENTO A CUMPRILÁS.

Assinatura do Solicitante

Assinatura do Aprovador

Montes Claros - MG, ____ de ____ de ____.

Obs: Este documento deve conter, em anexo, folha constando nome e identidade de todos as pessoas que irão utilizar o ginásio e que não forem alunos, servidores ou colaboradores.



FORMULÁRIO SOLICITAÇÃO DE USO DO GINÁSIO

ICA
INSTITUTO
DE CIÊNCIAS
AGRÁRIAS

UFMG

4. IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Nome:	Identidade:
Nome:	Identidade:
Nome:	Identidade:
Nome:	Identidade:
Nome:	Identidade:
Nome:	Identidade:
Nome:	Identidade:
Nome:	Identidade:
Nome:	Identidade:
Nome:	Identidade:
Nome:	Identidade:
Nome:	Identidade:
Nome:	Identidade:
Nome:	Identidade:
Nome:	Identidade:
Nome:	Identidade:
Nome:	Identidade:
Nome:	Identidade:
Nome:	Identidade:
Nome:	Identidade:
Nome:	Identidade:
Nome:	Identidade:

Confirmo, através desta solicitação, que ficarei responsável pelo jogo e pelas pessoas presentes e, no caso de qualquer eventualidade, estarei à disposição.

Assinatura do Solicitante

Assinatura do Aprovador

Montes Claros - MG, _____ de _____ de _____.

