|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| E:\FMEL\Modelos\Logo nova FMEL.jpg  **PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAJAÍ**  **Fundação Municipal de Esporte e Lazer** | **RELATÓRIO**  **PRESTAÇÃO DE CONTAS ANUAL 2019**  **N° CONTRATO:**   |  | | --- | |  | | MODALIDADE: |
| ( ) ATLETA |
| ( ) TÉCNICO |
| ( ) INICIAÇÃO ESPORTIVA |

# **01 – IDENTIFICAÇÃO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME: | | VALOR MENSAL: PARCELAS: |
| NAIPE: | | CATEGORIA:  ( ) JOGUINHOS( ) até 11 anos  ( ) OLESC( )12 a 17 anos  ( ) PARAJASC( )18 a 59 anos  ( ) JASC( ) acima de 60 anos  ( ) PCD |
| TELEFONE FIXO:  ( ) | CELULAR:  ( ) | E-MAIL: |

# **02 – PLANO DE TREINAMENTO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CLUBE/EQUIPE: | | ENDEREÇO: | CIDADE: |
| DIAS DE TREINO | | HORÁRIOS DOS TREINOS DIA A DIA | NOME DO TÉCNICO/PROFESSOR:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| SEGUNDA |  |  |
| TERÇA |  |  |
| QUARTA |  |  |
| QUIINTA |  |  | Observações: |
| SEXTA |  |  |
| SABADO |  |  |
| DOMINGO |  |  |

## **\*SE HOUVE ALGUMA MUDANÇA NAS INFORMAÇÕES ACIMA, EM RELAÇÃO AS APRESENTADAS NO PLANO ESPORTIVO APRESENTADO NA INSCRIÇÃO NO EDITAL, JUSTIFIQUE OS MOTIVOS:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

## **03 – CALENDÁRIO DE RESULTADO DE COMPETIÇÕES: (ANEXAR COMPROVAÇÃO)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PERÍODO: **JANEIROA DEZEMBRO** | | | |
| CAMPEONATO / PROVA / TORNEIO | DATA | CLASSIFICAÇÃO | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
| **OBS: ANEXAR FOTOS IMPRESSAS DAS COMPETIÇÕES CITADAS ACIMA, NO PODIUM E COMPETINDO (POR FAVOR, IDENTIFIQUE A FOTO) E OS RESULTADOS OFICIAIS DAS COMPETIÇÕES (BOLETINS). CASO NÃO TENHA COMPETIDO, ENVIAR JUSTIFICATIVA E ANEXAR FOTOS DOS TREINAMENTOS. EM CASO DE IMPOSSIBLIDADE FÍSICA PARA TREINAR E COMPETIR, ANEXAR LAUDO COM ATESTADO MÉDICO.**   * ***AS FOTOS ANEXADAS DEVERÃO SER REFERENTES AO PERÍODO MENCIONADO, NÃO SERÃO CONSIDERADAS AQUELAS ENCAMINHADAS ANTERIORMENTE.*** | | | |
| **\* ATIVIDADES DESEMPENHADAS COMO CONTRAPARTIDA:***(CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES: cumprir obrigatoriamente 10 horas mensais, comprovadas em relatório mensal com fotos e assinatura do profissional de iniciação esportiva responsável, para participação em treinamentos das equipes de base e escolinhas esportivas ou auxiliando em competições e eventos da base, na respectiva modalidade)* | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

# **04 – O BENEFÍCIO TEM SIDO IMPORTANTE PARA VOCÊ COMO ATLETA/TÉCNICO/INICIAÇÃO ESPORTIVA? FAÇA UM BREVE RESUMO.**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

## **05 – ATLETAS CLASSIFICAÇÃO ESTUDANTIL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOME DA ESCOLA/COLÉGIO/FACULDADE/UNIVERSIDADE: | | | |
| SÉRIE: | TURNO:  ( ) MAT ( )VESP ( ) NOT | TIPO DA INSTITUIÇÃO:  ( ) PÚBLICA ( ) PARTICULAR | TELEFONE:( ) |

## **06 – ANÁLISE RELATÓRIO (PREENCHIMENTO DA FMEL)**

|  |
| --- |
| Preenchimento de todos os itens: ( ) Sim ( ) Não  Entrega dentro do prazo correto: ( ) Sim ( ) Não  Relatório: ( ) Deferido ( ) Indeferido |

## **06 – DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DAS NORMAS DO PROGRAMA BOLSA ESPORTIVA**

|  |
| --- |
| Eu declaro para os devidos fins, que todas as informações por mim aqui prestadas, são verdadeiras e de minha total responsabilidade. |
| Itajaí, \_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Proponente |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Responsável Legal  Nome Completo do Responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Técnico/Professor  Nome Completo do Técnico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**PARA PREENCHIMENTO DA FMEL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PROTOCOLO DE RECEBIMENTO** | | |
| Confirmo recebimento do **Relatório de prestação de contas anual 2019** entregue dia \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_\_\_\_. | | |
| Assinatura responsável | Assinatura FMEL |  |
| Carimbo |  |