



DECLARAÇÃO Treinador em Estágio

CURSO DE TREINADORES DE FUTEBOL / FUTSAL GRAU:

Entidade Formadora: Associação de Futebol do Algarve

TREINADOR ESTAGIÁRIO

Nome:

N.º B.I./C.C.:

ENTIDADE DE ACOLHIMENTO (CLUBE)

Nome:

Escalão/Equipa:

Prova inscrita na AFA:

TUTOR

É responsabilidade do Clube designar o Tutor que possua as necessárias qualificações para desempenhar o cargo. Caso o Clube não possua ninguém com este perfil, pode a A.F. Algarve designar uma pessoa para exercer esta função;

Nome:

Grau:

Número de Anos de Prática como Treinador:

N.º B.I./C.C.:

N.I.F.:

N.º de Cédula:

E-mail:

Telefone: / /

PERÍODO PREVISTO DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Data de Início: ____ / ____ / ____ **Data de Fim:** ____ / ____ / ____

O Treinador Estagiário

A Entidade de Acolhimento

(Assinatura)

(Assinatura e Carimbo do Clube)

____ de ____ de 20__