



Curso de Treinadores de Futebol/Futsal Grau:



Entidade Formadora: _____
(Ex.: AF Algarve, Empresas, Universidade)

Treinador Estagiário

Nome: _____
N.º B.I./C.C.: _____
Contacto telefónico: _____
Ano / época desportiva do curso (formação geral): _____
Turma: Faro/Silves (Riscar a que não frequentou)

Entidade de acolhimento (clube)

Nome: _____
Modalidade: _____
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 AF Algarve designar uma pessoa para exercer esta função.

Nome: _____ **Grau:** _____
Formação de tutores realizada em: ____ de ____ de 202_ na AF _____
N.º B.I./C.C.: _____ **N.I.F.:** _____ **N.º de Cédula:** _____
Email: _____ **Telefone:** _____

Período previsto de realização do Estágio

Data de início: ____ / ____ / ____ **Data de fim:** ____ / ____ / ____

O Treinador Estagiário

A Entidade de acolhimento

(Assinatura)

(Assinatura(s) de diretor(es) e carimbo do clube)

____ de ____ de 202_

