



Programa Saúde e Tradição
Práticas da Tradição Oriental para a Saúde

Ficha de Filiação de Projetos Especiais

Nome do instrutor: _____

Nome do coordenador: _____

Telefone para contato: _____

Grupos participantes do projeto:

Participantes da equipe (Nome – instrutor ou monitor): _____

Local (Praça, Parque, Centro Comunitário, etc.): _____

Dias da semana e horário: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Local (Praça, Parque, Centro Comunitário, etc.): _____

Dias da semana e horário: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Local (Praça, Parque, Centro Comunitário, etc.): _____

Dias da semana e horário: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Histórico do Projeto (mês e ano de início, o que levou a montar o grupo, quem começou, etc.):

Apoio e patrocinadores:

Fotos das práticas: Sim Não

Fotos do coordenador: Sim Não

Fotos da equipe: Sim Não

Mini-currículo do coordenador:

Contribuição

Mensalidade: R\$50,00

Forma de pagamento:

Depósito para:

Instituto IDEAIS

Banespa

Ag. 0194

Conta corrente nº 13-001741-7

Confirmar depósito por e-mail - ideais@ideais.org.br, ou

tel/fax - (19) 3871-1511

Cheque nominal e cruzado, por correio, para:

Instituto IDEAIS

Rua Gelson Bruno di Falco, 125

CEP - 13271-340 - Valinhos - SP

Boleto bancário

Mensal Trimestral Semestral Anual

Enviar o boleto para:
