



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
Conselho Regional de Educação Física da 11ª Região
Mato Grosso do Sul

REQUERIMENTO DE REATIVAÇÃO DE REGISTRO

INFORMAÇÕES PESSOAIS			
NOME: <input type="text"/>			
Nº de REGISTRO: <input type="text"/>			
Venho perante o CREF11/MS solicitar a reativação do meu registro profissional em razão do retorno ao exercício da profissão. Para tanto, anexo a este: <input type="checkbox"/> Foto 3x4 recente, colorida e apropriada para documento oficial. <input type="checkbox"/> Comprovante de pagamento da anuidade. <input type="checkbox"/> Cópia autenticada, frente e verso, do diploma (Exigência aos profissionais graduados que ainda não entregaram ao CREF)			
ENDEREÇO RESIDENCIAL			
LOGRADOURO: <input type="text"/>		NÚMERO/COMPLEMENTO: <input type="text"/>	
BAIRRO <input type="text"/>	CIDADE <input type="text"/>	ESTADO <input type="text"/>	CEP <input type="text"/>
TELEFONE: <input type="text"/>	CELULAR: <input type="text"/>	EMAIL: <input type="text"/>	
ENDEREÇO COMERCIAL			
LOGRADOURO: <input type="text"/>		NÚMERO/COMPLEMENTO: <input type="text"/>	
BAIRRO <input type="text"/>	CIDADE <input type="text"/>	ESTADO <input type="text"/>	CEP <input type="text"/>
TELEFONE: <input type="text"/>	CELULAR: <input type="text"/>	EMPRESA: <input type="text"/>	
COORRESPONDÊNCIA: Residencial <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/>		RECEBER CIP: Pessoalmente <input type="radio"/> Conselho <input type="radio"/> Correios <input type="radio"/>	

Local e Data: _____ Assinatura _____