



PROPOSTA DE AFILIAÇÃO

() Afiliação individual

() Afiliação dual

Nome completo: _____

Data de nascimento: ___/___/_____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

País: _____

Telefones de contato: _____ WhatsApp: _____

E-mail: _____

Profissão: _____

Escolaridade: _____

Faz uso de medicação controlada? _____

Segue alguma religião? _____

O que busca no Druidismo? _____

TERMO DE COMPROMISSO

Comprometo-me a estudar e a praticar os ensinamentos do Colégio Internacional de Estudos Celtodruídicos, bem como a zelar pela guarda e sigilo dos boletins e conteúdos que vier a receber.

Sua assinatura: _____

Data: ___/___/_____

Atenção: O CIDECD, sob parecer fundamentado, reserva-se o direito de recusar membros. O CIDECD proíbe qualquer forma de discriminação e garante o direito a este princípio.