

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADES ESPORTIVAS

ATLETA					
<u>Nome Completo:</u>					
<u>CPF/ME sob nº:</u>			<u>Documento de Identificação nº:</u>		
<u>Data de Nascimento:</u>					
<u>Endereço:</u>					
<u>Complemento:</u>		<u>Bairro:</u>		<u>Telefone:</u>	
<u>Cidade:</u>		<u>UF:</u>		<u>CEP:</u>	
REPRESENTANTE LEGAL (se aplicável)					
<u>Nome Completo:</u>					
<u>CPF/ME sob nº:</u>			<u>Documento de Identificação nº:</u>		
<u>Endereço:</u>					
<u>Complemento:</u>		<u>Bairro:</u>		<u>Telefone:</u>	
<u>Cidade:</u>		<u>UF:</u>		<u>CEP:</u>	

O Atleta acima qualificado, por si ou por seu Representante Legal, **DECLARA**, para os devidos fins, que goza de plenas condições de saúde para a prática de atividade esportiva, na modalidade de Futsal, Tênis de Mesa e Vôlei de Praia, para participação no Dia de Torneios em Registro (SP), com as modalidade de Futsal Feminino, Tênis de Mesa e Vôlei de Praia Masculino, promovido pela ASSOCIAÇÃO GRUPO BOTICÁRIO (CNPJ/ME nº 76.752.708/0001-60) e/ou sua(s) Filial(is), no dia 25/02/2024, no Clube RBBC (ACER) localizado na Avenida Clara Gianotti de Souza, nº 1500, Vila Nova Ribeira Registro/SP – CEP 11900.000 – Clube Acer-RBBC.

Os atletas declaram que não possui restrições, físicas ou mentais, para a participação em exercícios físicos e atividades correlatas à prática desportiva supracitada, pelo que atesta suas condições de saúde nos seguintes termos:

QUESTIONÁRIO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE	SIM	NÃO
<u>Seu médico já disse que você possui um problema cardíaco e recomendou atividades físicas apenas sob supervisão médica?</u>		
<u>Você tem dor no peito provocada por atividades físicas?</u>		
<u>Você sentiu dor no peito no último mês?</u>		
<u>Você já perdeu a consciência em alguma ocasião ou sofreu alguma queda em virtude de tontura?</u>		
<u>Você tem algum problema ósseo ou articular que poderia agravar-se com a prática de atividades físicas?</u>		
<u>Algum médico já lhe prescreveu medicamento para pressão arterial ou para o coração?</u>		

<p><u>Você tem conhecimento, por informação médica ou pela própria experiência, de algum motivo que poderia impedi-lo de participar de atividades físicas sem Supervisão médica?</u></p> <p><u>Em caso positivo, especificar abaixo o(s) motivo(s):</u></p> <hr/> <hr/>		
---	--	--

O Atleta, por si ou por seu Representante Legal, responsabiliza-se pela veracidade das informações prestadas no presente termo, de modo a isentar a **ASSOCIAÇÃO GRUPO BOTICÁRIO**, promotora do evento esportivo, de responsabilidade por qualquer acidente ou incidente que venha a ocorrer durante a realização dos exercícios físicos e atividades correlatas, em razão de meu estado de saúde ou da atuação de terceiros.

Ainda, o Atleta assume, exclusiva e pessoalmente, a responsabilidade por portar e utilizar adequadamente os equipamentos de segurança e outros apropriados à atividade esportiva a ser praticada durante o evento.

Em caso de emergência, o Atleta autoriza o contato com a pessoa abaixo indicada.

<u>CONTATO DE EMERGÊNCIA</u>					
<u>Nome Completo:</u>					
<u>CPF/ME sob nº:</u>		<u>Documento de Identificação nº:</u>			
<u>Endereço:</u>					
<u>Complemento:</u>		<u>Bairro:</u>			
<u>Cidade:</u>		<u>UF:</u>		<u>CEP:</u>	
<u>Telefone de Contato:</u>	()				

Registro (SP), de _____ de 2024.

Assinatura