



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA MENORES

ESTA FICHA DEVERÁ SER PREENCHIDA E A FIRMA DO RESPONSÁVEL, RECONHECIDA EM CARTÓRIO

TEMPORADA 2017 - CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE MOUNTAIN BIKE

COPA BRASIL DE DHU, DESCIDA DAS ESCADAS DE SANTOS, COPA BRASIL (1A., 2A., 3A., 4A. E 5A. ETAPAS) E CAMPEONATO BRASILEIRO

DADOS DO ATLETA - MENOR:

Nome completo: _____
Data de nascimento: ____ / ____ / ____ RG: _____ CPF: _____
Endereço: _____
Telefones: _____

DADOS DO RESPONSÁVEL:

Nome completo: _____
Data de nascimento: ____ / ____ / ____ RG: _____ CPF: _____
Endereço: _____
Telefones: _____

Eu, responsável qualificado acima, declaro que a participação de meu filho, o atleta qualificado acima, nos eventos da temporada 2017 da CBMTB, se dá por livre e espontânea vontade e que li e estou de acordo com o seu regulamento. Estou ciente de que esta competição é um esporte de risco. Atesto que o atleta está clinicamente em condições e devidamente treinado. Concordo em observar qualquer decisão oficial da corrida relativa à possibilidade de terminá-la seguramente. Assumo todos os riscos em correr esta prova, inclusive os relativos a quedas, contatos com outros participantes, assalto, efeitos do clima, incluindo alto calor e/ou umidade, condições do circuito e do tráfego. Tenho conhecimento de que durante o percurso haverá contato com via pública em pleno funcionamento. Tendo em vista esta renúncia de direitos e conhecendo todos estes fatos já citados, aceito esta inscrição, eu, por mim mesmo e por ninguém mais que se faça por mim representar em meu favor, isento os organizadores, todos seus patrocinadores, apoiadores, seus representantes ou sucessores de todas as reclamações ou responsabilidades por qualquer fato que me coloque fora da participação nestes eventos. Concedo permissão à organização, para que utilize fotos, filmes, gravações, etc.; para divulgação que mostre minha participação no evento.

Santos, ____ / ____ / 2017.

Assinatura do Responsável Legal

Assinatura do Atleta

Toma algum medicamento regularmente? () Sim () Não

Quais? _____

Tem alergia? () Sim () Não

A quê? _____

Restrição a algum alimento? () Sim () Não Qual? _____

Restrição a algum medicamento? () Sim () Não Qual? _____

Tipo Sangüíneo: _____ Fator RH: _____

Possui plano de saúde? () Sim () Não Qual? _____

Possui alguma deficiência/ patologia cardíaca? () Sim () Não Qual? _____

Assinatura e carimbo do médico responsável pelo tratamento (caso esteja fazendo), autorizando a participação em eventos esportivos:

Assinatura do médico

Tenho ciência que a omissão de qualquer informação sobre a minha saúde, pode causar danos a mim mesmo e que sou responsável pela minha participação no referido evento.

Carimbo/ CRM do médico

