

**IV COPA BRASIL DE MARATONAS AQUÁTICAS – CBDA
FASC – FEDERAÇÃO AQUÁTICA DE SANTA CATARINA
1ª ETAPA – MEIA MARATONA DE PORTO BELO – 5KM (19/03/2017)**

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro para os devidos fins, conhecer e estar de acordo com o Regulamento do evento e, que isento os organizadores, promotores, patrocinadores, e pessoas físicas e jurídicas ligados à realização do IV COPA BRASIL DE MARATONAS AQUÁTICAS – 1ª Etapa – PORTO BELO, de quaisquer responsabilidades sobre acidentes de qualquer natureza, que possam ocorrer antes, durante e após a realização do evento. Atesto, outrossim, estar em pleno gozo de saúde e em condições técnicas e físicas para participar do evento. Concedo aos Organizadores do Evento, conjunta ou separadamente, o direito de usar meu nome, voz, imagem, material biográfico, declarações, gravações, entrevistas e endossos dados por mim ou a mim atribuíveis, bem como de usar fotografias e os vídeos do evento, inclusive para efeito de divulgação, publicidade, propaganda ou promoção, incluindo os dados cadastrais por mim fornecidos, no preenchimento da ficha de inscrição, sem ônus para os organizadores, podendo tal direito ser exercido diretamente pelos Organizadores ou por qualquer de suas controladas e contratadas, bem como cedido a terceiros, através de todo e qualquer meio e veículo de divulgação ou reprodução existentes ou que venham a ser criados, incluindo mas não se limitando a televisão, rádio, mídia eletrônica, transmissões a cabo, videocassete, DVD, compact discs, Internet, Intranet, cinema, outdoors, materiais impressos de toda a espécie, embalagens de produtos, etc., renunciando, desde já a qualquer remuneração.

_____, _____ de _____ de 2017

Assinatura do Atleta ou Responsável

RG ATLETA _____ CPF ATLETA: _____
PARA O SEGURO (Preenchimento obrigatório)

DECLARAÇÃO DO TÉCNICO OU PROFESSOR

Declaro para fins de participação no(s) evento(s) acima descrito(s), que o (a) atleta

Treinado (a) por mim, encontra-se em condições físicas e técnicas de participar do(s) mesmo(s)

_____, _____ de _____ de 2017

Nome e Assinatura do Técnico ou Professor com nº do CREF

ESTE CAMPO PODE SER DEIXADO EM BRANCO CASO O ATLETA APRESENTE OUTRO ATESTADO MÉDICO VÁLIDO.

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) atleta _____

Nascido em _____ RG _____

CPF _____, foi por mim examinado estando em pleno gozo de saúde, podendo fazer atividades esportivas e que irá participar do(s) evento(s) acima mencionado.

_____, _____ de _____ de 2017

Assinatura do médico e CRM