

**IV COPA BRASIL DE MARATONAS AQUÁTICAS – CBDA  
FCDA – FEDERAÇÃO CEARENSE DE DESPORTOS AQUÁTICOS  
3ª ETAPA – MEIA MARATONA DE FORTALEZA – 5KM (25/06/2017)**

**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 – 3ª Etapa – FORTALEZA 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 carimbo com nome e CRM