



VI CIRCUITO MASF - 2020

PROVA: () TALENTOS DO FUTURO () ELITE () VELOCIDADE () SUPER VELOZ

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu _____, portador do CPF nº _____ declaro para os devidos fins, conhecer e estar de acordo com o Regulamento do evento e isento os organizadores, promotores, patrocinadores, e pessoas físicas e jurídicas ligados à realização do **VI CIRCUITO MASF 2020**, de quaisquer responsabilidades sobre acidentes de qualquer natureza, que possam ocorrer antes, durante e após a realização do evento, **mesmo sabendo que há risco de morte**. Concedo aos Organizadores do Evento, conjunta ou separadamente, o direito filmagem de Drone e 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 parte de suas controladas e contratadas, bem como cedido a terceiros, através de todo e qualquer meio e veículo de divulgação ou reprodução existente ou que venham a ser criados incluindo, mas não se limitando a televisão, rádio, mídia eletrônica, transmissões a cabo, internet, cinema, outdoors, materiais impressos e de toda a espécie, embalagens de produtos, etc., renunciando, desde já a qualquer remuneração.

_____, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Atleta ou Responsável menor de idade (LEGÍVEL)

RG DO ATLETA: _____ CPF ATLETA: _____
(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 de participar do (s) de eventos até 5 km de natação no mar.

_____, _____ de _____ de 20__.

Nome e Assinatura do Técnico ou Professor com nº do CREF (LEGÍVEL)

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o 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 20__.

Assinatura do médico e CRM – CARIMBO OBRIGATÓRIO