

17^a TAÇA PARANÁ DE VOLEIBOL

UM EVENTO PARA CAMPEÕES

TERMO DE RESPONSABILIDADES MÉDICA

Dados Cadastrais do atleta

Nome:				Sexo:		
RG:	CPF:	Data de Nasc.:	E-mail:			
Endereço:			Bairro:			
Cidade/Estado:			CEP:			
Categoria	<input type="checkbox"/> Sub14	<input type="checkbox"/> Sub16	<input type="checkbox"/> Sub 18	<input type="checkbox"/> Sub 21	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino

Declaro que o menor acima citado está em pleno gozo de saúde e em condições físicas de participar do Evento, não apresentando cardiopatias genéticas, congênitas ou infecciosas, viroses, ou qualquer outra doença, patologia ou distúrbio de saúde que implique em qualquer tipo de impedimento ou restrição à prática de exercícios físicos, atividades físicas e esportivas, tendo realizado, no período de pré-participação nesse evento, avaliação clínica que atesta as condições apresentadas, isentando à organização do evento de qualquer fato ou acontecimento gerado em detrimento da saúde do atleta no período do evento.

(Assinatura e Carimbo do Médico - CRM)

_____, ____ de _____ de 2017.

Este Termo deverá ser entregue na Secretaria da Taça Paraná de Voleibol, com o atestado individual do atleta ou o termo assinado e carimbado pelo médico no dia do Credenciamento de acordo com o Regulamento Taça Paraná 2017.