**TERMO DE SAÚDE , RESPONSABILIDADE E CESSÃO DE DIREITOS PARA**

**DIRIGENTE E/OU COMISSÃO TÉCNICA**

**Dados Cadastrais**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome:** | | | **Celular: ( )** |
| **Nº Documento Profissional ( CREF) :** | | **CPF:** | |
| **E-mail:** | | | |
| **Endereço: Nº:** | **Bairro:** | | |
| **Cidade:** | **CEP:** | | |

|  |
| --- |
| **Instituição ou Clube:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Categoria** | **Sub 14 Sub 16 Sub 18 Sub 21** | **Feminino Masculino** |

Pelo presente instrumento, na melhor forma de direito, eu declaro que:

1. Participarei e tenho pleno conhecimento dos Regulamentos Geral, da 19ª TAÇA PARANÁ DE VOLEIBOL disponível no site [www.tacaparanadevolei.com.br](http://www.tacaparanadevolei.com.br).

2. Através da assinatura do presente termo, autoriza em caráter universal, gratuito, irrevogável,

irretratável e exclusivo, a Prospection Produções e Eventos, ou terceiros por estes devidamente autorizados, no Brasil e/ou no exterior, o direito de usar nome, voz, imagem, material biográfico, declarações, gravações, entrevistas e endossos dados pelo participante ou a ele atribuíveis, para fins comerciais, seja durante as competições, seja durante os aquecimentos, os treinamentos, a hospedagem, o transporte ou alimentação em qualquer suporte existente ou que venha a ser criado, para divulgação e promoção nas diferentes mídias e para o material a ser captado pelas TVs na limitação de tempo ou de número de vezes.

3. Isento os organizadores do Evento de qualquer responsabilidade por danos eventualmente causados a mim no decorrer da competição.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do participante

4. Declaro para os devidos fins que o participante acima citado está apto para participação no evento, se encontra em boas condições de saúde e não sofre nenhuma doença que o impeça de participar do evento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carimbo do Médico com CRM Assinatura do Médico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019.

**ESTE TERMO DEVERÁ SER PREENCHIDO, ASSINADO E CARIMBADO PELO MÉDICO. EM SEGUIDA, DIGITALIZAR PARA ANEXAR NO MOMENTO DA INSCRIÇÃO.**