



FAZENDO ÁGUAS ABERTAS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

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 CIRCUITOESTADUAL DE ÁGUAS ABERTAS – etapa – **Travessia de São Pedro**, de quaisquer responsabilidades sobre acidentes de qualquer natureza, que possam ocorrer antes, durante e após a realização do evento, mesmo sabendo que sei que há risco de morte. 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 parte 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 limitado a televisão, rádio, mídia eletrônica, transmissões a cabo, videocassete, DVD, cd, 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

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

STE CAMPO PODE SER DEIXADO EM BRANCO CASO O SEU ATESTADO MÉDICO ESTEJA VÁLIDO.

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o atleta _____ nascido em ____/____/____ 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