



Federação Catarinense de Basquetebol em Cadeira de Rodas

CNPJ 09.911.205/0001-01

TERMO DE RESPONSABILIDADE E CESSÃO DE DIREITOS PARA ATLETAS MENORES DE IDADE

| | |
|--|----------------------------|
| DADOS DO ATLETA: | |
| Nome: | RG: |
| <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | Data de Nascimento: |
| Registro na FCBCR: | Equipe: |
| E-mail: | |

| | | |
|------------------------------------|-------------|--------------------|
| DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL: | | |
| Responsável Legal: | | Parentesco: |
| RG: | CPF: | Telefone: |
| Endereço: | | E-mail: |

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Atleta

Assinatura do Responsável Legal

Declaro que o participante não apresenta alteração que implique em qualquer tipo de impedimento ou restrição a prática de exercícios físicos, tendo realizado, no período de pré-participação nesse evento, avaliação clínica que atesta as condições apresentadas.

_____, ____ de _____ de _____.

Carimbo do Médico / CRM Assinatura do Médico