



TERMO DE RESPONSABILIDADE CIRCUITO 5K DT SUPLEMENTOS – NATAL/RN

Declaro para TODOS OS FINS, que li e estou plenamente de acordo com o Regulamento do evento que estou me inscrevendo, declinando, expressamente, que todas as normas e regras constantes são pautadas pelo equilíbrio e bom senso, e não posso, assim, alegar futuramente não concordar com as mesmas e que isento os organizadores de qualquer responsabilidade sobre acidentes que possam ocorrer durante ou fora do evento, atestando que estou ciente de meu estado de saúde e de estar capacitado(a) para a participação, gozando de saúde perfeita e de haver treinado adequadamente para este evento, em virtude de qualquer espécie de dano praticado contra quem quer que seja.

Por este instrumento, cedo todos os direitos de utilização de minha imagem (inclusive direitos de arena), renunciando ao recebimento de quaisquer rendas que vierem a serem auferidas com materiais de divulgação, campanhas, informações, transmissão de tv, clipes, representações, materiais jornalísticos, promoções comerciais, licenciamentos e fotos, a qualquer tempo, local ou meio de mídia atualmente disponível ou que venham a ser implementadas no mercado para este e outros eventos, ou nas ações acima descritas realizadas pela TRILHANDO ESPORTES e/ou seus parceiros comerciais.

Aceito não portar e utilizar dentro das áreas autorizadas à minha circulação e participação, nenhum material político, promocional ou publicitário, nem letreiros que possam ser vistos pelos demais participantes e público presentes, sem autorização por escrito da organização, assim como também, não portar material perigoso ou objeto que ponha em risco a segurança do evento e/ou das pessoas e estruturas.

Autorizo também a qualquer membro da Equipe de Saúde da prova em assistir-me, assim como a realizar em mim todos os procedimentos diagnósticos necessários para tal atendimento. Estou ciente que a Equipe de Saúde da prova tem como objetivo somente o atendimento as intercorrências médicas que sucederem durante a prova e a remoção dos atendidos para os hospitais de retaguarda designados, não sendo responsável por minha avaliação médica prévia a prova, que é de minha responsabilidade individual.

AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE CHIP DESCARTÁVEL, NÚMERO DE PEITO E KIT POR TERCEIROS

Autorizo o(a) Sr.(a) _____, portador(a) do documento tipo _____, nº _____, a retirar meu Chip, número e kit da prova, assumindo inteira responsabilidade por seus atos perante a organização do evento.

Assinando este documento, declaro e confirmo estar de pleno acordo com os itens acima descritos.

Natal ____/____/____

Assinatura do Atleta ou Representante
RG nº _____