



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu _____, portador do documento de identidade nº _____, emitido por _____

em ____/____/____ e CPF nº _____, residente e domiciliado à Rua: _____

Bairro: _____, Cidade: _____, Estado: _____.

Declaro para os devidos efeitos legais que AUTORIZO, na qualidade de _____ (pai, mãe ou tutor legal), o/a menor _____

CPF nº: _____, a participar do evento denominado “2ª Corrida Saúde 10”. Através da assinatura do presente termo, concedo aos organizadores do evento, conjunta ou separadamente, em caráter de absoluta exclusividade, a título universal e de forma irrevogável e irretroatável, no Brasil e/ou no exterior, o direito de usar o nome, voz, imagem, material biográfico, declarações, gravações, entrevistas e endossos dados pelo menor acima citado ou a ele atribuíveis, bem como de usar sons e/ou imagens do evento, durante toda a competição. Essas imagens e sons serão captados pela Farmácia 10 e Prefeitura de Gravatá para transmissão, exibição e reexibição, no todo, trechos ou partes, ao vivo ou não, sem limitação de tempo ou de número. Isenta os organizadores do Evento de qualquer responsabilidade por danos eventualmente causados ao menor acima citado no decorrer da competição.

Data: _____/_____/_____

Assinatura do pai/responsável