

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,

RG nº _____, CPF nº _____, com residência e

domicílio à (rua/avenida) _____,

nº __, Complemento _____, Cidade _____,

Estado __, CEP nº _____, Telefones: _____

responsável pelo menor abaixo AUTORIZO meu (minha) filho (a): a participar do Evento CIRCUITO SAÚDE promovido por Luís Guilherme Dias em parceria com as empresas Onkosol e Centro da Imagem:

Nome: _____

Data de Nascimento: __/__/__ Sexo: _____

DECLARO estar ciente das condições físicas e de saúde de meu filho, assumindo responsabilidade

por eventuais problemas de saúde decorrentes da prática de atividades físicas e esportivas, isentando

desta forma, professores, técnicos, monitores, estagiários, de qualquer ônus em decorrência desta prática.

DECLARO AINDA:

1. Sim Não – O médico me informou que meu filho(a) tem problema de coração e que deverá realizar

atividade física supervisionada por profissionais de saúde;

2. Sim Não – meu filho(a) sente dores no peito quando pratica atividade física;

3. Sim Não – meu filho(a) no último mês sentiu dores ou desconfortos quando praticou atividades

físicas;

4. Sim Não – meu filho(a) apresentou desequilíbrio devido a tontura e/ou perda de consciência;

5. Sim Não – meu filho(a) possui algum problema ósseo ou de articulação que poderia ser piorado

pela prática da atividade física;

6. Sim Não – meu filho(a) faz uso atualmente de algum medicamento para pressão arterial e/ou

problema de coração ou quaisquer outras patologias e encontra-se neste ato em plenas condições de

saúde, apto a realizar atividades físicas;

7. Sim Não – meu filho(a) possui moléstia grave /contágios e que possa prejudicar os demais

frequentadores;

8. Sim Não – meu filho (a) tem algum restrição para praticar atividade física.

Por fim, declaro estar ciente do Regulamento do Projeto, e assino abaixo esta Autorização e Termo

de Responsabilidade.

Cabo Frio, _/___ de 2024

Responsável Legal (assinatura)

Nome legível: _____

RG/CPF: _____