# FICHA MÉDICA

É alérgico a algum tipo de medicamento?/___/___/___/ Quais?_____

Tipo Sanguíneo ? /___/ Tratamento Cirúrgico ? /___/___/___/ Distúrbio Sanguíneo ? /___/___/___/

Sofre de Epilepsia ou Convulsões? /___/___/___/ Faz uso de Medicamentos ou Drogas? /___/___/___/

Quais?_____

Em caso de emergência avisar: _____ Tel: _____

# FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome: /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Equipe: /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Categoria: /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Patrocinador : /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Data de Nasc:/___/___/-/___/___/-/___/___/___/___/ RG:/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

CPF : /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/ - /___/___/ Obs:_____

Tel :/___/___/-/___/___/___/___/___/___/___/___/ Cel:/___/___/-/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Cidade: /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Cep: /___/___/___/___/___/-/___/___/___/ Bairro:/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Endereço : /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

E-Mail : /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Obs : /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Competição:_____ Data: /___/___/- /___/___/ - /___/___/___/___/

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE ESTOU PARTICIPANDO DO CAMPEONATO PAULISTA DE DOWNHILL 2010 POR MINHA LIVRE E ESPONTÂNEA VONTADE E ESTOU CIENTE QUE TRATA-SE DE UMA ATIVIDADE ESPORTIVA DE ALTO RISCO PARA MINHA SEGURANÇA, SAÚDE E DE MEUS EQUIPAMENTOS. DECLARO TAMBÉM QUE ME ENCONTRO FÍSICA E CLINICAMENTE APTO PARA PARTICIPAR DE TAL EVENTO ESPORTIVO, CONCORDO EM OBSERVAR E ACATAR QUALQUER DESISÃO OFICIAL DOS ORGANIZADORES DO EVENTO RELATIVO DE NÃO TERMINALO DE MANEIRA SEGURA. ASSUMO AINDA TODOS OS RISCOS AO DECORRER DO EVENTO; ISENTO SEUS ORGANIZADORES E PATROCINADORES DE QUALQUER ACIDENTE A QUE VENHA SOFRER QUE POSSAM OCASIONAR-ME LESÃO FISICA TAIS COMO: QUEDAS, EFEITOS DO CLIMA INCLUINDO ALTO CALOR E CHUVA E SUAS CONSEQUÊNCIAS; SEI QUE VOU ENCONTRAR DIFICULDADE NO CIRCUITO, BURACOS, PEDRAS, ESCADARIAS TRILHAS ALÉM DE OUTRAS CONSEQUÊNCIAS QUE POSSAM TER ORIGEM EM MINHA FALTA DE CONDICIONAMENTO FISICO PARA PARTICIPAR DO MENCIONADO EVENTO. TENDO EM LISTA ESTA RENUNCIA DE DIREITOS E CONHECENDO ESTES FATOS E POR SUA CONSIDERAÇÃO EM ACEITAR ESTA INSCRIÇÃO EU POR MIM MESMO E POR MAIS NINGUÉM, MAIS QUE SE FAÇA POR MIM REPRESENTAR EM MEU FAVOR RENUNCIO E LIBERO A COMISSÃO ORGANIZADORA E TODOS OS SEUS PATROCINADORES, APOIADORES, SEUS REPRESENTANTES SUCESSORES DE TODAS AS RECLAMAÇÕES E RESPONSABILIDADE POR QUALQUER FATO QUE ME COLOQUE FORA DA PARTICIPAÇÃO DA COMPETIÇÃO. CONCEDO AINDA PERMISSÃO AOS ORGANIZADORES DO EVENTO E PATROCINADORES, A UTILIZAR FOTOGRAFIAS E FILMAGENS OU QUALQUER OUTRA FORMA QUE MOSTRE MINHA PARTICIPAÇÃO NESTE EVENTO, POR SER VERDADE FIRMO O PRESENTE.

OBS[1]: PARA MENORES DE 18 ANOS SERÁ NECESSARIO A ASSINATURA E CPF DO PAI OU RESPONSÁVEL.

OBS[2]: PARA MENORES DE 14 ANOS SERÁ NECESSARIO A ASSINATURA E CPF DO PAI OU RESPONSÁVEL RECONHECIDA EM CARTORIO.

Ass. do Atleta

Ass. do Responsável

ESTÁ FICHA DE INSCRIÇÃO SÓ TERÁ VALIDADE SE PREENCHIDA CORRETAMENTE. GRATO