



**TERMO DE RESPONSABILIDADE
DECLARAÇÃO DE SAÚDE**
(Atletas menores de idade)
2º Campeonato Estadual de Muay Thai FEMM-RJ/2017



Data: **03 de Setembro de 2017**

Eu, _____,

autorizo meu filho (a) _____,
mesmo sendo menor de idade a participar desta competição, e declaro:

§1. Que Disputa o campeonato acima por livre e espontânea vontade.

§2. Que Está em perfeita forma de saúde física e mental para participar deste campeonato.

§3. Isento os Organizadores, Diretores, Árbitros, Promotores, Patrocinadores bem como os demais atletas ou ainda qualquer pessoa envolvida com a organização do evento, em meu nome e de meus herdeiros ou sucessores, de qualquer responsabilidade civil, criminal e por acidentes os quais ele(a) venha a sofrer ou causar a terceiros durante esta competição de artes marciais.

§4. Assumo todas as despesas médicas e hospitalares decorrentes de acidentes que porventura ele(a) venha a sofrer ou causar a terceiro durante a competição.

§5. Ele(a) Conhece e tem prática de manuseio de todos os procedimento e equipamentos de segurança que irá utilizar para participar deste campeonato e está ciente dos riscos inerentes às competições.

§6. Ter vistoriado todos os equipamentos de segurança os quais ele(a) irá utilizar, e que estes se encontram em perfeito estado de conservação e de acordo com as normas técnicas exigidas para pratica deste esporte e, sendo assim, assumir todas as responsabilidades, por qualquer defeito ou falha que por ventura estes equipamentos venham a sofrer durante o uso.

§7. Conhecer e aprovar o Regulamento do evento em sua totalidade prometendo ser ele(a) leal e respeitar seus adversários. E ainda, por este instrumento cedo todos os direitos de utilização da sua imagem, permitindo o livre uso de seu nome e fotografia ou vídeo, para finalidade de divulgação do esporte, abrindo mão do recebimento de qualquer renda ou cachê, pela utilização das imagens geradas durante o campeonato citado acima.

_____, _____, de _____ de 2017.

Assinatura (com reconhecimento de firma) do
Responsável pelo atleta menor de idade.

CPF: _____ RG: _____



QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA
(LEI Nº 6765 DE 05 DE MAIO DE 2014)



ANEXO I

Este Questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física. Por favor, assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

Perguntas	Sim	Não
1) Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?		
2) Você sente dores no peito quando pratica atividade física?		
3) No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?		
4) Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?		
5) Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?		
6) Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?		
7) Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?		
8) Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com a atividade física?		
9) Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?		
10) Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?		

ANEXO II

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física de meu filho descrito no verso, sem o atendimento desta recomendação.

_____, _____, de _____ de 2017.

Assinatura (com reconhecimento de firma) do
Responsável pelo atleta menor de idade.

Assinatura do Atleta Menor

CPF (Resp): _____ RG (Resp): _____