**T E R M O D E R E S P O N S A B I L I D A D E**

F a v o r p r e e n c h e r à m ã o

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Atleta: | | | | | | | |
| Clube/Dojo/Profº: | | | | | Município: | | |
| RG: | | CPF: | | | | Data Nasc.: | |
| Endereço: | | | | | Complemento: | | |
| Bairro: | | | CEP: | | | | Estado: |
| Tel.Res.: | Tel.Cel.: | | | e- mail: | | | |

Considerando minha participação no **XXIII Campeonato Paulista de Karate-Do Shotokan JKA 2024,** e nos eventos pré e pós Campeonato, declaro estar ciente de todos os riscos decorrentes desta modalidade desportiva e, em especial, em situações de competição. Declaro ter ciência que qualquer dano físico sofrido está dentro dos riscos por mim assumidos. Dessa forma, em nada poderei responsabilizar, penal ou civilmente, ao **Instituto de Karate-Do JKA-SP**, **o organizador local**, **a organização do evento, as Associações participantes, Academia (Clube) a que estou filiado, atletas ou competidores participantes ou vinculados, ou qualquer profissional ligado à organização do evento**, por quaisquer danos ou enfermidades que venha a sofrer durante a realização do mesmo, dentro da área de competição, em suas instalações ou fora destas, tenha ou não relação com minha participação.

Outrossim, declaro sob as penas da lei, não sofrer de nenhuma moléstia infectocontagiosa, encontrando-me em perfeito estado de saúde física e mental. Declaro também estar ciente das normas de competição, sujeitando-me às penalidades cabíveis por omissão ou má-fé comprovadas. Autorizo o uso das imagens e vídeos para promoção do evento e da entidade.

Araraquara, São Paulo, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Atleta

**Para os menores de 18 anos (Dados do Responsável):**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Responsável: | |
| RG do Resp.: | CPF do Resp.: |
| Endereço: | |
| Tel.: | e- mail: |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável Assinatura do Representante da Instituição

**OBRIGATÓRIO APRESENTAR O DOCUMENTO DE IDENTIDADE NA COMPETIÇÃO**