



INFORMAÇÕES DO ATLETA

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
RG: _____ CPF: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Email: _____ Tel. Residencial: _____ Tel. Celular: _____
Emergência ligar: Telefones _____ Nome do contato _____
Grau de parentesco _____ Plano de Saúde: _____ Tel. _____
Alérgico a medicamentos? S N Qual? _____
Alérgico a alguma coisa? S N O que? _____
Distúrbio cardíaco? S N / Epilepsia e convulsões? S N / Distúrbio nervoso/mental? S N
Tratamento cirúrgico? S N Qual? _____
Faz uso de medicamentos? S N Quais? _____
Tipo sanguíneo e fator Rh: _____

Eu, _____, até hoje, não fui impedido de participar de qualquer outro esporte por motivos médicos. Em caso de emergência autorizo qualquer pessoa qualificada a administrar o tratamento necessário, médico e/ou cirúrgico, incluindo a administração de sangue e derivados sanguíneos. Autorizo também que as informações relativas ao meu estado de saúde sejam dadas pelo médico responsável para o diretor da prova, bem como para meu próprio médico e/ou meus parentes. Declaro que as informações aqui prestadas são verdadeiras. Declaro para os devidos fins que estou ciente e de acordo com o regulamento desta competição e isento os organizadores, promotores, patrocinadores e supervisores deste evento de toda e qualquer responsabilidade sobre quaisquer consequências que possam advir de minha participação nesta prova.

Data

Assinatura do Atleta Assinatura do Responsável

RG do Atleta ou Responsável