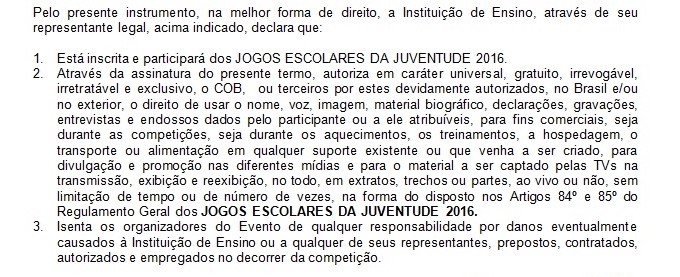
## TERMO DE RESPONSABILIDADES E CESSÃO DE DIREITOS PARA INSTITUIÇÃO DE ENSINO - 2016

|  |  |
| --- | --- |
| **UF** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Razão Social** |  | | | **INEP** |  |
| **Nome Fantasia** |  | | | | |
| **Endereço** |  | | | **Nº** |  |
| **Bairro** |  | **CEP** |  | **Cidade** |  |
| **Representante** |  | | | **Função** |  |
| **RG** |  | **CPF** |  | **Telefone** |  |
| **E-mail** |  | | | | |

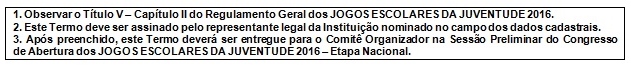


\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2016.

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

Assinatura do Representante Legal da Instituição

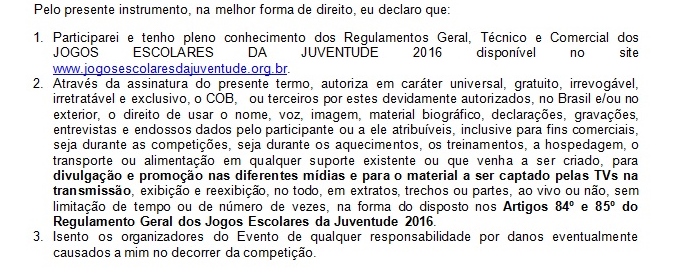
Carimbo do Representante Legal ou da Instituição de Ensino



## TERMO DE RESPONSABILIDADES E CESSÃO DE DIREITOS PARA DIRIGENTE E/OU TÉCNICO - 2016

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **UF** | |  |
|  | |  |
| **Nome** |  | | | | |
| **Nº documento (Art.14º)** |  | **Função** | |  | |
| **CPF** |  | **Data de Nascimento** | |  | |
| **E-mail** |  | **Telefone** | |  | |
| **Endereço** |  | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Instituição de Ensino** |  | | |
| **Modalidade** |  | **Gênero** |  |



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

Assinatura do participante

1. Declaro para os devidos fins que o participante acima citado está apto para participação no evento, se encontra em boas condições de saúde e não sofre nenhuma doença que o impeça de participar do evento.

Carimbo do Médico com CRM Assinatura do Médico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2016.

**ficha 8 **

## TERMO DE RESPONSABILIDADES E CESSÃO DE DIREITOS PARA ALUNO-ATLETA (MENOR DE IDADE) – 2016

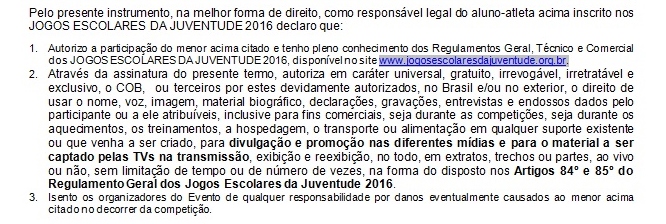
|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MODALIDADE** |  |  | **UF** |  |

**Dados Cadastrais do Aluno-atleta**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** |  | | | CPF |  |
| **RG** |  | **Data de Nascimento** |  | **Sexo** |  |
| **E-mail** |  | | **Nº Registro Confederação** | |  |
| **Endereço** | |  | | | |
| **Instituição de Ensino** | |  | | | |

**Dados Cadastrais do Responsável Legal**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Responsável Legal** | |  | **Parentesco** |  | |
| **RG** | |  | **CPF** |  | |
| **E-mail** |  | | | **Cel.** |  |



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

Assinatura do Aluno-atleta Assinatura do Responsável Legal

1. Declaro para os devidos fins que o menor acima citado está em pleno gozo de saúde e em condições físicas de participar do Evento, não havendo qualquer tipo de impedimento ou restrição à prática de atividades físicas e esportivas.

Carimbo do Médico com CRM Assinatura do Médico

1. Declaro que o menor acima citado está devidamente matriculado na Instituição de Ensino acima mencionada, conforme estabelece o Regulamento Geral dos JOGOS ESCOLARES DA JUVENTUDE 2016 em seu TÍTULO V – CAPÍTULO II.

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

Assinatura e Carimbo do Representante

ou da Instituição de Ensino

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2016.

