

## 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