



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____

Declaro que por livre e espontânea vontade assim como é de pleno conhecimento de meus pais e responsáveis, venho a este clube para participar de treinos de avaliação, apresentando para isso atestado médico comprovando nesta data estar em plenas condições físicas, mentais e psicológicas para a prática do futebol, e consciente dos riscos do referido esporte, onde qualquer acidente, incidente ou lesão ocasionada nos treinos de avaliações, e na possível integração das equipes principais para treinos periódicos e jogos oficiais do clube, são e serão de minha inteira responsabilidade juntamente com os meus responsáveis.

Declaro ainda serem verdadeiras todas as informações contidas neste documento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

Assinatura do atleta

Em caso de menor de 18 anos:

Nome do pai: _____

RG: _____

Assinatura: _____

Nome da mãe: _____

RG: _____

Assinatura: _____

Assinatura do treinador & assinatura do p. físico

Obs. trazer Xerox do RG dos responsáveis e do atleta.