ASSOCIAÇÃO ATLÉTICO JUNIORS DE FUTEBOL

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu(Nome do responsável) _____

RG: _____ CPF:_____._____._____ - _____

Telefone (____) _____ , Cidade _____

Responsável Pelo menor(Nome do atleta) _____,

Dia, mês e ano de nascimento do atleta _____/_____/_____

Autorizo o mesmo a participar dos treinamentos e campeonatos que a Associação Atlético Juniors de Futebol irá realizar. Pelo presente instrumento, ainda, confirmo a veracidade do atestado de saúde do menor, o qual atesta que o mesmo goza de perfeitas condições de saúde e está plenamente apto a prática de futebol.

Ainda, neste ato, assumo toda a responsabilidade por eventual lesão que o menor vier a sofrer, desde já eximindo a Associação Atlético Juniors de Futebol de qualquer responsabilidade.

Eventuais custos com tratamentos medicamentoso, consultas, exames, procedimentos cirúrgicos que venham a ser necessários serão suportados por mim.

Autorizo o uso de qualquer fotografia, filme ou outra gravação para as finalidades legítimas.

Serafina Corrêa, _____ de _____ de 2022.

_____

Assinatura Responsável