



CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE JUDÔ
FEDERAÇÃO PARANAENSE DE JUDÔ



Nome do evento nacional _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE

NOME DO ATLETA: _____ Nasc.: ____/____/____

FILIAÇÃO Pai: _____ Mãe _____

ENDEREÇO: _____ nº. _____ Bairro: _____

Cidade/UF: _____/____ Telefone(s): (____) _____

RG: _____ C.P. F: _____ Nº.registro FPRJ: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO ATLETA MENOR DE IDADE:

Eu _____, portador do RG nº _____ na qualidade de (pai/mãe) responsável, autorizo a (o) menor acima qualificado a participar do(a) _____ que será realizado (a) na cidade _____/____, dia(s) _____ de _____ de 200____, ao mesmo tempo isento de qualquer responsabilidade a Confederação Brasileira de Judô, a Federação Paranaense e a Federação _____ (sede do evento), por quaisquer acidentes que venham a ocorrer antes, durante e depois a realização do referido evento.

_____, ____/____/20____

Assinatura do Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO ATLETA MAIOR DE IDADE:

Eu _____, abaixo assinado na qualidade de responsável e de maior qualificado responsabilizo-me por minha participação no _____ a realizar-se no(s) dia(s) ____/____/____, em ____/____/____. Declaro ter plenos conhecimentos das Normas do Evento e ao mesmo tempo isento de qualquer responsabilidade a CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE JUDÔ, A FEDERAÇÃO PARANAENSE E A FEDERAÇÃO _____, por qualquer acidente que aconteça antes, durante e após a realização do Evento.

_____, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do atleta responsável.

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) atleta acima qualificado foi por mim examinado, estando em perfeitas condições físicas e mentais para participar do (a) _____ que será realizada na cidade de _____/____, dia(s) _____ de _____ de 20____.

_____, ____ de _____ de 200____.

Assinatura e Carimbo CRM do Médico