6ª TAÇA ACP DE FUTSAL

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
portador(a) do RG nº _____ e CPF nº _____
residente e domiciliado(a) à _____
_____,
na qualidade de pai/mãe ou responsável legal do(a) menor:

Nome do Atleta: _____
Data de Nascimento:_____

Autorizo a participação do(a) mesmo na 6ª Taça ACP de Futsal, organizada pela Secretaria de Esporte da ACP, a ser realizada no período de setembro a novembro de 2025, em Campo Grande – MS.

Declaro estar ciente de que:

1. A participação do(a) menor ocorre de forma voluntária e sob minha total responsabilidade.

2. Estou ciente dos riscos normais da prática esportiva e autorizo sua participação.

3. Em caso de acidente, queda, contusão, mal-estar ou qualquer outro imprevisto, a organização do campeonato, árbitros e responsáveis pelo evento não serão responsabilizados civil ou criminalmente.

4. Comprometo-me a assumir quaisquer despesas médicas ou hospitalares necessárias em decorrência da participação do(a) menor.

5. Declaro estar ciente e de acordo com as regras do campeonato.

Campo Grande – MS, _____ de _____ de 2025.

_____
Assinatura do Pai/Mãe/Responsável

Telefone/WhatsApp: _____