

**SAEM DE CENA
OS ATLETAS**



**CHEGAM OS
SUPER-ATLETAS**

FICHA DE PARTICIPAÇÃO E DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Nome Completo _____

RG/Emissor: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Sexo: Feminino Masculino

Telefone: () _____ Celular/WhatsApp: () _____

E-mail: _____ Cidade: _____

Endereço: _____

Nesses 10 dias você teve algum desses **SINTOMAS** se sim marque com x.



Tosse
()



Febre
()



Fadiga
()



Congestão
nasal
()



Coriza
()



Dor de
garganta
()



Dor de
cabeça
()



Diarreia
()



Cansaço
()



Dificuldade
de respirar**
()

LEIA COM ATENÇÃO

Eu, abaixo assinado, declaro que é de livre e espontânea vontade minha participação no evento **Paraolimpíadas da Amizade - 2021**, isentado, portanto, em meu nome e de meus sucessores, de qualquer responsabilidade os Organizadores, Patrocinadores e Realizadores da competição. **DECLARO**, ainda, estar ciente de meu estado de saúde e capacitado para participar como atleta na **Paraolimpíadas da Amizade - 2021** no Recanto das Emas, tendo, inclusive, treinado adequadamente para tal evento. Por fim, independente de estar presente ou não no ato de entrega da inscrição, procedimento que foi devidamente celebrado por mim, **DECLARO** estar ciente de todo o teor do Regulamento Geral e Específico de minha modalidade, bem como de meus direitos e obrigações de dentro do evento. Concedo, por meio desta, autorização para uso de imagem em fotografias, vídeos, filmes ou qualquer forma de gravação deste evento para finalidades legítimas.

ASSINATURA PARTICIPANTE

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL SE O PARTICIPANTE FOR DE MENOR

Data ___/___/2021