**FEDERAÇÃO BRASILIENSE DESPORTIVA DOS SURDOS**

Filiada à Confederação Brasileira de Desportos de Surdos - CBDS

Fundada em 4 de fevereiro de 2007

CNPJ nº 09.162.786/0001-18

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_inscrito(a) no CPF sob nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, praticante de qualquer uma das modalidades organizadas pela FBDS e vinculado(a) à Associação \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_), solicito autorização anual à Federação Brasiliense Desportiva de Surdos (FBDS) para participar de qualquer evento promovido por esta Federação, desde que minha associação realize a devida inscrição.

Declaro, sob as penas da lei que:

1. Que estou em plenas condições físicas e de saúde, e não possuo qualquer impedimento para competir nas modalidades esportivas da FBDS;
2. Que consultei e consulto profissionais da saúde regularmente e eles permitiram e incentivam a prática desportiva;
3. Que estou ciente que a prática esportiva pode causar acidentes com lesões, isentando, desta forma, a FBDS e as Associações de qualquer responsabilidade civil advinda desta competição;
4. Que assumo individualmente todas as responsabilidades financeiras relativas à minha participação em todas as competições, no que tange a danos causados à organização e/ou a terceiros.
5. Que estou ciente e assumo os riscos de contaminação em função de qualquer pandemia como COVID-19 e demais doenças, e seguirei o protocolo de saúde e outras normativas federais, estaduais e municipais vigentes.

Tendo feito esta declaração de livre e espontânea vontade, firmo o presente termo de forma conjunta, na presença de duas testemunhas.

Brasília/DF, de de 2025.



ASSINATURA DAS TESTEMUNHAS:

| **Assinatura 1ª testemunha** | | **Assinatura 2ª testemunha** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome legível 1ª Testemunha:** |  | | **RG:** |  |
| **Nome legível 2ª Testemunha:** |  | | **RG:** |  |