



UDA- ULTRARUNDAN - Desafio do Araguaia

TERMO DE RESPONSABILIDADE / FICHA DE INSCRIÇÃO 2023

Eu,..... sob identidade nº..... ,
RG nº....., CPF nº....., Data de nascimento: / / ... ,
inscrito(a) na 1ª Ultramaratona **140 km Desafio do Araguaia** (Araguás, Bom Jardim De Goiás e Balisa)
2023; nas modalidades **SOLO** (), **SOLO** com apoio (), **DUPLA** (), **DUPLA** com apoio (), declaro que
entendo e concordo que:

- 1) Estou ciente que há riscos de acidentes durante esta competição. Declaro assumir por minha livre e espontânea vontade os possíveis riscos decorrentes da realização dessa ultramaratona. Os riscos de acidentes nas atividades envolvidas nessa competição são significativos e envolve a possibilidade de luxações, fraturas, queimaduras, mordidas de animais, picadas de insetos e contato com plantas tóxicas; 2) Eu atesto que, gozando de plena saúde física e mental, estou em condições para participar desta prova, sou maior de idade e respondo por meus atos; 3) Em caso de acidente, eu e minha família isentamos os organizadores, seus colaboradores e patrocinadores, apoios e proprietários dos locais onde se dar a prova, de toda e qualquer responsabilidade legal por quaisquer danos materiais, financeiros ou físicos que decorram dos mesmos; 4) Concordo que a organização pode adiar, cancelar ou modificar o evento ou parte dele a qualquer tempo e por qualquer motivo; 5) Conheço e aceito integralmente todos os termos do regulamento da prova; 6) Para fins de divulgação do evento, autorizo o uso de minha imagem por fotos, vídeos e entrevistas em qualquer meio de comunicação, sem geração de ônus para a organização, mídia e patrocinadores; 7) Como participante da prova, comprometo-me a respeitar a legislação vigente, seja ela municipal, estadual ou federal, bem como as regras da organização do evento, assumindo toda e qualquer consequência de meus atos no período de duração da prova e naqueles que a antecedem e a sucedem, como reuniões com os organizadores e/ou outros participantes e que possam se relacionar com atividades da prova; informo abaixo com veracidade, alguns dados pessoais os quais autorizo serem usados em caso de urgência.

É portador de alguma doença? () sim () não Qual? _____

É alérgico a algum medicamento?() sim () não Qual? _____

Tipo Sanguíneo: _____ Fator Rh: ____ Idade: _____



UDA- ULTRARUNDAN - Desafio do Araguaia

Qual o seu Plano de Saude? _____

Pessoa para contato e telefone: _____

Observação: _____

Após ter lido este termo de responsabilidade e tendo compreendido seus termos, entendo que estou desistindo de direitos substanciais através de minha assinatura, a qual faço livre e voluntariamente, sem qualquer coerção.

Local e data:

_____, _____ de _____ de 2017

Assinatura

Telefone: _____

Email: _____

EQUIPE:



UDA- ULTRARUNDAN - Desafio do Araguaia

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Sr. _____, inscrito no Rg nº _____ via _____ no CPF sob o nº _____, Residente _____ na Rua _____, nº _____, setor _____. Ele encontra-se, no momento do presente exame médico, em boas condições de saúde, para realizar a prova de aptidão física conforme a consta programação do evento da prova **DESAFIO DO ARAGUAIA- 140 KM**. De Corrida em solo, na cidade de ARAGARÇAS-GO.

Prova : **Corrida longa Solo 140 km**

Aragarças-Go; _____ de Junho de 2023

Assinatura, CRM do médico e carimbo