

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Nome: \_\_\_\_\_  
Nacionalidade: \_\_\_\_\_  
Identidade: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Telefone Residencial: \_\_\_\_\_  
Telefone Comercial: \_\_\_\_\_  
Telefone Celular: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
Modalidade Esportiva: \_\_\_\_\_  
Tempo de Prática Esportiva: \_\_\_\_\_  
Confederação / Federação / Associação Esportiva à qual é filiado (a): \_\_\_\_\_

Declaro, sob as penas da lei, para os devidos fins que:

- 1) Consoante Atestado Médico apresentado estou em condições de praticar, sem restrições, a modalidade esportiva \_\_\_\_\_;
- 2) Assumo integralmente as responsabilidades por acidentes pessoais decorrentes da prática esportiva, com exclusão da responsabilidade do Município do Rio de Janeiro;
- 3) Autorizo a cobrança por parte do Município do Rio de Janeiro, por intermédio da Secretaria Municipal de Esportes e Lazer, em razão de quaisquer danos causados ao patrimônio Municipal;
- 4) Observarei estritamente as normas de funcionamento dos equipamentos esportivos sob a supervisão da Secretaria Municipal de Esportes e Lazer.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**ATLETA / COMPETIDOR**

Autorizo em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**MÁRCIA SOARES**  
Assessora Técnica

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA  
UTILIZAÇÃO DO AUTÓDROMO DO RIO DE JANEIRO**

- CÓPIA DA IDENTIDADE E CPF
- ATESTADO MÉDICO
- 2 FOTOS 3X4
- TERMO DE RESPONSABILIDADE