DME
CAPIVARI DE BAIXO

Ficha de Inscrição

Modalidade:
Categoria:

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS (CÓPIA)
Carteira de Identidade (RG);
Certidão de Nascimento;
Comprovante de residência;
Atestado Médico.

DADOS PESSOAIS (do aluno)

Nome

Pai

Mãe

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino Medidas: Peso Kg Altura m

Celular Pai - Celular Mãe -

End.

Nº Complemento:

Bairro

Município

UF CEP - Data de Nascimento / /

CPF

COMPROVANTE DE ESCOLARIDADE (dados da escola)

Nome de Instituição de Ensino

Turno: ☐ Matutino ☐ Vespertino ☐ Noturno

Série: Data / /

Assinatura do Diretor e Carimbo da Instituição

Termo de Consentimento Orientado para a Prática Desportiva

Formulário padrão do Termo de Consentimento Orientado para a Prática Desportiva nas dependências onde funcionam os Núcleos das **Escolinhas**.

Estas informações têm o objetivo de orientar e oferecer dados sobre todos os riscos que eventualmente possam acontecer com a prática desportiva. Portanto, este formulário serve para aprimorar a compreensão dos desportistas, pais e responsáveis dos riscos que cercam a prática desportiva, bem como os eventuais acontecimentos que venham ocorrer em decorrência de acidentes. Por isso, se o signatário, pai ou responsável, não entender algum ponto deste documento, deve se dirigir ao Departamento Municipal de Esportes para maiores esclarecimentos .

Assim, serve o presente para expressar que o signatário, desportista, pais ou responsável legal:

a. A reponsabilidade da Administração Pública e/ou da organização dos treinos restringe-se exclusivamente ao período em que os alunos estiverem sob sua supervisão direta, participando das atividades programadas, no local e horário previamente estabelecido.

b. Fica expressamente consignado que o deslocamento dos alunos até o local das atividades, bem como o retorno às suas residências, constitui responsabilidade exclusiva de seus pais ou responsáveis legais, não podendo ser imputada à Administração Pública ou à organização qualquer responsabilidade por eventos que ocorram fora do âmbito espacial e temporal das referidas atividades;

c. Deverá apresentar um atestado médico declarando que se encontra em plenas condições de saúde e, portanto apto à prática desportiva;

d. Reconhece que durante a prática desportiva, realizam-se movimentos que, muitas vezes, geram riscos à integridade física do desportista, pelo que, autoriza expressamente o **Departamento Municipal de Esportes** a utilizar serviços terceirizados de remoção, se for o caso, internação, ciente de que o signatário arcará com os custos respectivos, se houver;

e. Está informado de que durante a prática desportiva há possibilidades de acidentes, como por exemplo: fraturas, luxações, entorses, cortes, etc.

f. Está ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de ocorrer durante a prática desportiva;

g. Autorizo o uso de direito de imagem na divulgação das modalidades esportivas do Departamento de Esportes;

O signatário autoriza expressamente o **Departamento Municipal de Esportes** a providenciar os primeiros socorros em caso de acidente, compreendendo que, mesmo este atendimento não impede que ocorra risco de complicações, eximindo-a de responsabilidade civil em decorrência de acidentes ocorridos durante a prática desportiva.

Declara ao firmar este termo de consentimento que o desportista possui capacidade física para sua realização.

AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL (dados do pai ou mãe)

Autorizo o(a) menor acima nominado(a) a participar como aluno(a) das aulas da **Escolinha de Esportes**.

Nome do Responsável

Data / /

Assinatura do Pai ou Responsável Legal

CPF

DEPARTAMENTO DE ESPORTES
Av. General Osvaldo Pinto da Veiga, 847 Centro, Anexo ao Ginásio Juan Manuel dos Santos - esporte@capivaridebaixo.sc.gov.br