



## TERMOS DE RESPONSABILIDADE

### RESPONSABILIDADE QUANTO À PREVENÇÃO DA COVID-19

Na condição de participante do Circuito DF de Basquete 3x3, atesto que li e entendi os termos do Protocolo COVID-19 e me comprometo a respeitá-lo e segui-lo em todas as suas determinações, assumindo a responsabilidade por dano que venha a ser causado pela omissão ou informação inverídica que venha a prestar quanto às determinações do Protocolo, aqui aceitando que a FBDF está autorizada a impedir minha entrada ou solicitar minha retirada de qualquer ginásio, bem como não autorizar minha participação na partida no caso de descumprimento das normas previstas no referido Protocolo. Comprometo-me, ainda, a comunicar previamente ao representante de minha equipe e não comparecer ao local dos jogos, em caso de qualquer suspeita de contágio por Coronavírus em mim ou em pessoa(s) com quem tive contato nas duas semanas anteriores ao dia do jogo.

### RESPONSABILIDADE QUANTO À SAÚDE PARA PRÁTICA ESPORTIVA

Na condição de participante do Circuito DF de Basquete 3x3, declaro que estou apto(a) a participar do evento, sendo inteiramente responsável pela minha integridade física no que diz respeito à minha aptidão física para prática de esportes, bem como declaro não possuir nenhuma doença crônica que coloque em risco minha vida, isentando os organizadores, entidades envolvidas na execução do evento e demais membros da equipe gestora de toda e qualquer responsabilidade por acidentes que venham a ocorrer dentro das atividades do evento, causados por doenças crônicas ou lesões preexistentes.

Brasília (DF), \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Termo(s) abrangido(s):    (    ) COVID-19        (    ) SAÚDE PARA PRÁTICA ESPORTIVA

Nome completo: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

RG nº: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Se for menor:

Nome do responsável: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

RG nº: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

