



TERMO DE RESPONSABILIDADE

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), ____/____/____.

Nome completo: _____ Assinatura: _____

RG nº: _____ Órgão Expedidor: _____ CPF: _____

Se for menor:

Nome do responsável: _____ Assinatura: _____

RG nº: _____ Órgão Expedidor: _____ CPF: _____