# CAMPEONATO PAULISTA DE VETERANOS 2024

**ANEXO**

**TERMO DE REPONSABILIDADE E ATESTADO MÉDICO**

NOME DO(A) ATLETA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FILIAÇÃO: PAI:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MÃE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ENDEREÇO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CIDADE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FONE:(\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO:\_\_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_\_. RG.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CARTEIRA da FPJ nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TERMO DE RESPONSABILIDADE do ATLETA**

O(A) Atleta acima qualificado(a) declara ter pleno conhecimento do regulamento e das regras deste CAMPEONATO, isentando de qualquer responsabilidade a Federação Paulista de Judô, por acidentes que aconteçam durante a realização do evento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Assinatura do atleta

**ATESTADO MÉDICO**

O(A) abaixo assinado(a), profissional devidamente habilitado(a), atesta que, o(a) atleta acima qualificado(a) encontra-se apto(a) física e mentalmente, para disputar CAMPEONATO PAULISTA DE VETERANOS 2024 que será realizado na cidade de AGUAÍ -SP.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

Assinatura e carimbo do Médico