

ANEXO III - TERMO DE RESPONSABILIDADE DE DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Eu, _____ (nome completo do responsável), portador(a) do CPF nº _____, residente e domiciliado(a) na _____ (rua/avenida), nº _____, Complemento _____, na cidade de _____, Estado _____, CEP nº _____, telefones para contato: _____, na qualidade de responsável legal pelo(a) aluno(a) _____ (nome completo do participante),

DECLARO, para os devidos fins, que o(a) referido(a) aluno(a) encontra-se em plenas condições de saúde física e mental, estando apto(a) a participar de atividades físicas e esportivas, não apresentando doenças, lesões preexistentes ou restrições médicas que o(a) impeçam de participar do evento.

DECLARO, ainda, estar ciente das condições de saúde de meu(minha) filho(a) e assumo total responsabilidade por quaisquer intercorrências ou problemas de saúde decorrentes da participação nas atividades físicas e esportivas do evento, isentando de qualquer responsabilidade os professores, técnicos, monitores, estagiários e demais envolvidos.

DECLARO, também, as seguintes informações sobre a saúde do(a) participante:

- a) ☐ Sim ☐ Não – Foi informado por um médico que possui problema cardíaco e necessita realizar atividades físicas apenas com supervisão profissional;
- b) ☐ Sim ☐ Não Sente dores no peito ao praticar atividades físicas;
- c) ☐ Sim ☐ Não Apresentou dores ou desconfortos físicos durante a prática de atividades no último mês;
- d) ☐ Sim ☐ Não Já teve episódios de tontura ou perda de consciência durante atividades físicas;
- e) ☐ Sim ☐ Não Possui problemas ósseos ou articulares que podem ser agravados por esforço físico;
- f) ☐ Sim ☐ Não Faz uso contínuo de medicamentos para pressão arterial, problemas cardíacos ou outras patologias, estando, no entanto, atualmente em condições plenas de saúde para a prática esportiva;
- g) ☐ Sim ☐ Não Possui alguma alergia. Especificar: _____.
- h) ☐ Sim ☐ Não - Possui alguma restrição médica para prática de atividade física.

Por fim, **DECLARO** estar ciente do Regulamento do Jogos Internos do Instituto Federal do Pará – Campus Castanhal e firmo esta autorização e termo de responsabilidade.

Local e data: _____

Assinatura do(a) responsável: _____

(Sugerimos a assinatura digital, caso a assinatura seja realizada a próprio punho é necessário anexar o documento de identificação do responsável)