



## ANEXO I

### 1. Ficha de Inscrição

# ATLETA JOVEM DESTAQUE

Brasil, Rio de Janeiro

Inscrição: \_\_\_\_\_

MODALIDADE: \_\_\_\_\_  
NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_  
DATA NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FOTO

#### DADOS DO ATLETA

CPF*:	RG:	Telefone:
Escola*:	Cor:	Sexo*: M ( ) F ( )
E-mail*:	Naturalidade:	

#### ENDEREÇO DO ATLETA

Morador de comunidade carente: SIM ( ) NÃO ( )	Mora com o responsável: SIM ( ) NÃO ( )	
Logradouro:	Nº:	
Complemento:	Bairro:	
CEP:	Município:	UF:

#### DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome*:		
CPF*:	R.G.*:	Órgão Exp.:
Endereço*:	Nº*:	
Complemento*:	Bairro*:	
CEP*:	Município*:	UF*:
Celular*: ( )	Cel. é Whatsapp*: ( ) SIM ( ) NÃO	
E-mail*:		

#### AUTORIZAÇÕES DE CONTATO

Autorizo o IAFT a entrar em contato através de:	Sim	Não	Meio de comunicação
			Whatsapp
			Telefone
			E-mail



Rubrica responsável: \_\_\_\_\_





## ATLETA JOVEM DESTAQUE

### 2. Termo de Responsabilidade

Eu, \_\_\_\_\_ Portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ expedido pelo órgão \_\_\_\_\_ na data de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, residente e domiciliado à cidade do \_\_\_\_\_, no logradouro \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_, no bairro \_\_\_\_\_, na condição de **RESPONSÁVEL LEGAL, AUTORIZO O ATLETA** \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_ a **PARTICIPAR** do **PROJETO ATLETA JOVEM DESTAQUE** promovido pelo INSTITUTO AÇÃO FORMAÇÃO TRANSFORMAÇÃO (IAFT).

**DECLARO** estar ciente das condições físicas e de saúde do atleta, assumindo responsabilidade por eventuais problemas de saúde decorrentes da prática de atividades físicas e esportivas, isentando desta forma, professores, técnicos, monitores, estagiários, e os membros do IAFT de qualquer ônus em decorrência desta prática.

#### SOBRE A SAÚDE FÍSICA E MENTAL DO ALTETA DECLARO AINDA:

	SIM	NÃO	
1			foi constatado problema cardíaco ou pulmonar para realizar atividade física;
2			sente dores no peito quando pratica atividade física;
3			sentiu dores ou desconfortos no último mês quando praticou atividades físicas;
4			apresentou desequilíbrio devido a tontura e/ou perda de consciência;
5			possui algum problema ósseo ou de articulação que poderia ser piorado pela prática da atividade física;
6			faz uso atualmente de algum medicamento e encontra-se neste ato em plenas condições de saúde, apto a realizar atividades físicas;
7			possui moléstia grave /contágios e que possa prejudicar os demais frequentadores e
8			possui alguma restrição para praticar atividade física.

Por fim, **DECLARO** estar ciente dos dados informados neste ato, do Regulamento do Projeto, Edital e Termos de Compromisso (ANEXO II), assino e ratifico esta Inscrição e Termo de Responsabilidade.

Rio de Janeiro \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

Assinatura do Responsável: \_\_\_\_\_

