



**CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE JUDÔ**  
**FEDERAÇÃO PARANAENSE DE JUDÔ**



Nome do evento nacional \_\_\_\_\_

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE**

NOME DO ATLETA: \_\_\_\_\_ Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FILIAÇÃO Pai: \_\_\_\_\_ Mãe \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ nº. \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade/UF: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Telefone(s): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ C.P. F.: \_\_\_\_\_ Nº.registro FPRJ: \_\_\_\_\_

**TERMO DE RESPONSABILIDADE DO ATLETA MENOR DE IDADE:**

Eu \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_ na qualidade de (pai/mãe) responsável, **autorizo** a (o) menor acima qualificado a participar do(a) \_\_\_\_\_ que será realizado (a) na cidade \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, dia(s) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_, ao mesmo tempo isento de qualquer responsabilidade a Confederação Brasileira de Judô, a Federação Paranaense e a Federação \_\_\_\_\_ (sede do evento), por quaisquer acidentes que venham a ocorrer antes, durante e depois a realização do referido evento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

Assinatura do Responsável

**TERMO DE RESPONSABILIDADE DO ATLETA MAIOR DE IDADE:**

Eu \_\_\_\_\_, abaixo assinado na qualidade de responsável e de maior qualificado responsabilizo-me por minha participação no \_\_\_\_\_ a realizar-se no(s) dia(s) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Declaro ter plenos conhecimentos das Normas do Evento e ao mesmo tempo isento de qualquer responsabilidade a CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE JUDÔ, A FEDERAÇÃO PARANAENSE E A FEDERAÇÃO \_\_\_\_\_, por qualquer acidente que aconteça antes, durante e após a realização do Evento.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Assinatura do atleta responsável.

**ATESTADO MÉDICO**

Atesto que o(a) atleta acima qualificado foi por mim examinado, estando em perfeitas condições físicas e mentais para participar do (a) \_\_\_\_\_ que será realizada na cidade de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, dia(s) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 200\_\_.

Assinatura e Carimbo CRM do Médico