

INSCRIÇÃO POR EQUIPE

EQUIPE/PROJETO:			
PROFESSOR RESPONSÁVEL:		TELEFONE:	
EMAIL:		CELULAR:	

No.	NOME DO ATLETA	FAIXA	IDADE	CATEGORIA	ABSOLUTO	ASSINATURA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						

Os atletas acima relacionados e que assinam o referido requerimento de inscrição por equipe declaram que se encontram individualmente aptos físico e mentalmente para competir em todas as disputas. Os mesmo declaram aceitar atendimento médico prestado pela organização do evento, isentando a os organizadores do evento de qualquer responsabilidade decorrente de acidentes que por acaso ocorra nas disputas. Autorizam ainda o uso de sua imagem em qualquer veiculo que a divulgue.

Fortaleza, _____ de _____ de 2017.

ASSINATURA do responsável pela inscrição da equipe