**F-1**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA**

**PARTICIPAR DE CAMPEONATO DE BOXE**

Dados do Atleta:

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_celular\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data de Nasc\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula de Identidade (RG): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF/MF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro estar ciente de que, como em qualquer outra atividade física, durante a prática de Boxe, tanto em treinamentos quanto em competições podem ocorrer lesões, ferimentos, fraturas, acidentes em geral e danos de natureza diversa, sendo que nenhuma responsabilidade será atribuída ao FBOB – Federação Brasília Open Boxe, incluindo seus professores, instrutores e colaboradores, por tais lesões ou danos.

Declaro também que não sofro de nenhuma doença ou limitação física que desaconselhe ou impeça a minha participação em treinos e competições.

Declaro ainda ter plena ciência do risco de contágio da COVID-19 e/ou qualquer outra doença/lesão, aceitando tal risco expressamente, isentando a FBOB, contratados, prepostos, colaboradores e organizadores do evento de qualquer responsabilidade, civil e/ou criminal, por eventual contágio e complicação de saúde dele decorrente independentemente de qualquer resultado.

Caberá, entretanto, em caráter exclusivo, à FBOB – Federação Brasília Open Boxe, mesmo ausente de responsabilidade, encaminhar o aluno/atleta ao Serviço Médico local, em casos de acidentes e lesões a competição.

Documentos Necessários:

Cópias do RG e CPF do /ATLETA;

Atestado médico original de profissional com CRM ativo, atestando a capacidade de prática esportiva do ATLETA, sem restrições.

Declaro estar ciente e concordar que a FBOB – Federação Brasília Open Boxe ao permitir a participação na competição, não assume qualquer compromisso com o atleta, ou mesmo qualquer vínculo trabalhista, especialmente por se tratar de uma modalidade esportiva amadora.

**DECLARO** ainda que **concordo e me sujeito integralmente** ao Estatuto e aos Regulamentos da FBOB – Federação Brasília Open Boxe, bem como aos mandamentos originais da CBBOXE e da AIBA, e me comprometo a cumprir e fazer cumprir a legislação desportiva, as normas do Estatuto e atos emanados pela FBOB por meio de seus oficiais e pelo Superior Tribunal de Justiça Desportiva do Boxe – STJD Boxe.

Brasília-DF, \_\_\_\_ de janeiro de 2021

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_            \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_              ALUNO/ATLETA                                  RESPONSÁVEL