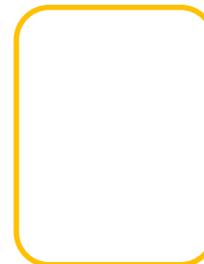




FORMULÁRIO de CADASTRO



Nome da equipe: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ATLETA MENOR DE IDADE /DADOS PESSOAIS:

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____. Sexo: Feminino Masculino

Nº CERT. NASC/ RG: _____. Naturalidade: _____.

Endereço: _____. Nº: _____. Complemento: _____.

Bairro: _____. CEP: _____. Cidade: _____. Estado: _____.

Portador de alguma deficiência / limitação? Sim Não Qual? _____.

FILIAÇÃO / RESPONSÁVEL:

Filiação 1: _____

Filiação 2: _____

CPF: _____. RG: _____. Órgão Expedidor: _____.

Telefone para contato: () _____. Cel: () _____ - _____.

Email: _____

AUTORIZAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO E PUBLICAÇÃO DE IMAGEM

Eu _____ AUTORIZO

o menor _____ a participar do Campeonato de Voleibol da Liga Interior Sul Fluminense de Voleibol _____, no Município de Volta Redonda e a Liga Interior Sul Fluminense de Voleibol, com sede na Rua 27, número 40, Vila Santa Cecília, Volta Redonda, a transmitir ou permitir que seja transmitida, a gravar ou permitir que seja gravada, para divulgação, a qualquer tempo e em qualquer lugar, através de rádio, televisão, internet, cinema, vídeo, fotografias e publicações da LISFV (revistas, folhetos, catálogos, mídias sociais, etc.), bem como qualquer outros meios de comunicação conhecidos, toda a sua performance, incluindo imagens e som de voz, em ações da LISFV. Esta autorização é dada em caráter gratuito, irrevogável, irretratável, vinculando o signatário, seus herdeiros e sucessores. A LISFV - Volta Redonda, portanto, fica isenta da obrigação de pagar qualquer quantia pela transmissão, gravação ou divulgação da performance do signatário, captada durante a apresentação supra referida, nos termos acima estipulados.

Assinatura do Responsável



QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA (PAR - Q)

O presente questionário visa identificar a necessidade de avaliação médica anteriormente ao início da atividade física. Caso uma ou mais das respostas seja positiva, converse com seu médico antes de ingressar em uma atividade física ou aumentar seu nível atual.

Assinale “sim” ou “não” às seguintes perguntas:

1- Seu médico já mencionou alguma vez que você tem uma condição cardíaca e que você só deve realizar atividade física recomendada por um médico?

SIM NÃO

2- Você sente dor no tórax quando realiza atividade física?

SIM NÃO

3- No mês passado, você teve dor torácica quando não estava realizando atividade física?

SIM NÃO

4 - Você perdeu o equilíbrio por causa de tontura ou alguma vez perdeu a consciência?

SIM NÃO

5 - Você tem algum problema ósseo ou de articulação que poderia piorar em consequência de uma alteração em sua atividade física?

SIM NÃO

6 - Seu médico está prescrevendo medicamentos para sua pressão ou condição cardíaca?

SIM NÃO

7 - Sabe de qualquer outra razão pela qual você não deve praticar atividade física?

SIM NÃO

Termo de Responsabilidade para Prática de Atividade Física

Ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar meu nível atual de atividade física e, em razão de ter respondido “sim” a uma ou mais das perguntas constantes do Questionário de Aptidão para Prática de Atividade Física, declaro que assumo inteira e irrestrita responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a esta recomendação.

Nome Completo:

Assinatura:

Data:

Lei nº 6765 de 05 de maio de 2014

De acordo com a lei de nº6765 de 05 de maio de 2014. Dispõe sobre a prática de atividades físicas e esportivas em clubes, academias e estabelecimentos similares, e dá outras providências