



Ficha de inscrição Copa Piraquê de Futsal 2022

Nome					
Matrícula		Responsável			
Telefone		E-mail			
Categoria (ano de nascimento)		Sub-06 (2016 e 2017)			
		Sub-08 (2014 e 2015)			
		Sub-10 (2012 e 2013)			
		Sub-12 (2010 e 2011)			
		Sub-14 (2008, 2009 e 2010)			
Posição de preferência	Goleiro		2ª opção de posição	Goleiro	
	Ala Direito			Ala Direito	
	Fixo (defensor)			Fixo (defensor)	
	Ala Esquerdo			Ala Esquerdo	
	Pivô (atacante)			Pivô (atacante)	
Experiência anterior (faz aula, competições, etc)					
Anotações da organização					

1 - AUTORIZAÇÃO E DECLARAÇÃO DE SAÚDE: Declaro que autorizo a participação do (a) menor pelo (a) qual sou responsável no evento, que ele (a) não é portador (a) de qualquer deficiência e que está no gozo de perfeita saúde física e mental, conforme atestado médico ou PAR-Q entregue.

2 - RESPONSABILIDADE E INDENIZAÇÃO: Assumo integral responsabilidade pela participação e pelos danos e acidentes que eventualmente ele (a) venha a sofrer ou a causar, sejam pessoais ou patrimoniais, isentando a BR Esportes e o Clube Naval-Piraquê, incluindo seus funcionários e colaboradores, tendo em vista a natureza esportiva e social do evento, que não cobra nenhuma taxa de inscrição/participação.

3 - DIREITO DE IMAGEM: Autorizo expressamente a BR Esportes e o Clube Naval Piraquê a usarem a imagem do (a) participante através de fotografias, filmes, vídeos, áudios e qualquer material de gravação para veiculação na mídia digital ou impressa, incluindo redes sociais, site e revistas, renunciando a qualquer indenização pelo mencionado uso.

E por estar justo e acordado, assino a Ficha de inscrição que li e entendi integralmente.

21-99921-0321

brescolafutebol@yahoo.com.br
[instagram.com/br_escolafutebol](https://www.instagram.com/br_escolafutebol)



Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2022. _____

Nome do participante: _____

Data de nascimento: _____ Telefone de contato: _____

QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este Questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física, de acordo com a **Lei 6765 de 05 de maio de 2014**. Por favor, assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

- 1) Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde? () Sim () Não
- 2) Você sente dores no peito quando pratica atividade física? () Sim () Não
- 3) No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física? () Sim () Não
- 4) Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência? () Sim () Não
- 5) Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física? () Sim () Não
- 6) Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo? () Sim () Não
- 7) Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos? () Sim () Não
- 8) Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com a atividade física? () Sim () Não
- 9) Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física? () Sim () Não
- 10) Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde? () Sim () Não

21-99921-0321

brescolafutebol@yahoo.com.br
[instagram.com/br_escolafutebol](https://www.instagram.com/br_escolafutebol)



ANEXO II

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2022.

21-99921-0321

brescolafutebol@yahoo.com.br
[instagram.com/br_escolafutebol](https://www.instagram.com/br_escolafutebol)