



TERMO DE RESPONSABILIDADE

INFORMATIVO:

É de grande importância a consulta ao seu médico, bem como a realização de exames complementares, (como eletrocardiograma e outros), antes de praticar qualquer atividade física, tendo em vista os riscos que envolvam esta prática.

DECLARAÇÃO:

Declaro estar ciente dos termos acima, bem como estar em plenas condições de saúde e estar autorizado por meu médico a praticar atividades físicas em alta intensidade, assumindo total responsabilidade pelo meu estado de saúde, isentando a **CROSSFIT BAURU** e seus colaboradores de responsabilidades sobre qualquer acontecimento dentro de suas dependências.

Em caso de acidente dentro das instalações da academia, quando houver necessidade de socorros médicos, autorizo a **CROSSFIT BAURU** a realizar os primeiros socorros e o devido encaminhamento, (incluindo remoção profissional caso necessário) e assumo desde já, única e exclusivamente, a responsabilidade por todas as despesas médicas e hospitalares geradas.

Me responsabilizo a partir desta data assinada abaixo a trazer meu atestado médico de estar apto a realizar atividade física.

NOME COMPLETO:

CELULAR:

TEL. FIXO:

EMAIL:

CEP:

ENDEREÇO:

Nº

DATA NASCIMENTO:

CPF:

RG:

COMO CONHECEU:

EM CASO DE EMERGÊNCIA AVISAR:

TEL/CEL:

(CASO NÃO SEJA MAIOR DE 18 ANOS)

NOME DO RESPONSÁVEL:

CPF:

ASSINATURA

DATA