



## 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**