



## TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA

Eu,

\_\_\_\_\_  
(Nome completo do responsável) (nacionalidade) (estado civil)

\_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_  
(profissão) (nº RG do responsável) (nº CPF do responsável)

Responsável legal do menor \_\_\_\_\_  
(nome completo do atleta)

Portador do RG de nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
(nº RG do atleta) (nº CPF do atleta) (data de nascimento do atleta)

autorizo, sob minha responsabilidade, que o atleta menor.

Realize teste de avaliação técnica, no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, com fins de admissão para integrar as categorias de base do **FLUMINENSE DE FEIRA DE SANTANA FUTEBOL CLUBE**

Declaro, para os devidos fins, que o menor está apto à prática de atividades físicas, conforme atestado médico anexo.

Declaro, ainda, estar ciente de que o teste de avaliação técnica é realizado de forma não onerosa, inexistindo obrigação de qualquer das partes em pagar pela realização, reconhecendo que são de minha responsabilidade, todas as despesas pessoais necessárias, tais como, transporte, alimentação, estadia, uniforme, etc. Salvo se o **FLUMINENSE DE FEIRA** por mera liberdade, assuma estas despesas. Caso ocorra alguma lesão durante o período de avaliação, ou haja necessidade de atendimento médico nas dependências do clube, o **FLUMINENSE DE FEIRA** se responsabilizará somente pelos primeiros atendimentos básicos (primeiros socorros), diligenciado de todas as formas possíveis para o encaminhamento do atleta ao hospital ou posto mais próximo, sendo que todos os demais custos e despesas com transporte do paciente, atendimento, radiografia, exames de imagens, cirurgia e/ou demais necessidades médicas, ocorrerão por conta do atleta que estará sendo avaliado.

Por fim, declaro estar ciente de que esta realização do teste de avaliação técnica não implicará em qualquer obrigação por parte do **FLUMINENSE DE FEIRA**, não sendo estabelecido qualquer vínculo entre as partes. Além disso, estou ciente de que a aprovação do atleta para integrar as categorias de base se dará segundo critérios técnicos avaliados exclusivamente pelos profissionais do **FLUMINENSE DE FEIRA**.

Feira De Santana-BA \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável legal do atleta

\_\_\_\_\_  
Assinatura do atleta

\_\_\_\_\_  
George Ramos Silva  
Diretor de Futebol  
Georgewqr7@hotmail.com / (71) 99254-2772

Endereço: R. Santa Izabel, 670 - Novo Horizonte, Feira de Santana - BA, CEP: 44036-65

**FLUMINENSE DE FEIRA FUTEBOL CLUBE**