

TERMO DE RESPONSABILIDADE – FUTSAL

Declaro ser possuidor de condição física necessária à participação no **TORNEIO SINPRO/RS DE VOLEIBOL**, a decorrer no dia **04/10/2025**, participando de livre vontade e com total conhecimento do seu regulamento e obrigações, responsabilizando-me pela minha participação e não imputando responsabilidades a pessoas, empresas ou entidades, envolvidas direta ou indiretamente na organização ou promoção da copa, por quaisquer danos pessoais ou materiais que venha a sofrer no decorrer da minha participação. Dou também a minha autorização para uso de minhas imagens em fotos, vídeos ou outros meios de transmissão de imagens.

() confirmo o que é declarado e autorizado acima. ASSINATURA:

NOME COMPLETO:

RG:

() confirmo o que é declarado e autorizado acima. ASSINATURA:

NOME COMPLETO:

RG:

() confirmo o que é declarado e autorizado acima. ASSINATURA:

NOME COMPLETO:

RG:

() confirmo o que é declarado e autorizado acima. ASSINATURA:

NOME COMPLETO:

RG:

() confirmo o que é declarado e autorizado acima. ASSINATURA:

NOME COMPLETO:

RG:

() confirmo o que é declarado e autorizado acima. ASSINATURA:

NOME COMPLETO:

RG:

() confirmo o que é declarado e autorizado acima. ASSINATURA:

NOME COMPLETO:

RG:

() confirmo o que é declarado e autorizado acima. ASSINATURA:

NOME COMPLETO:

RG:

() confirmo o que é declarado e autorizado acima. ASSINATURA:

NOME COMPLETO:

RG:

() confirmo o que é declarado e autorizado acima. ASSINATURA:

NOME COMPLETO:

RG:

() confirmo o que é declarado e autorizado acima. ASSINATURA:

NOME COMPLETO:

RG:

() confirmo o que é declarado e autorizado acima. ASSINATURA:

NOME COMPLETO:

RG:

Porto Alegre, agosto de 2025.