

# AUTORIZAÇÃO PARA MENORES DE 18 ANOS

## IDENTIFICAÇÃO DO ATLETA

NOME COMPLETO			
DATA DE NASCIMENTO		Nº IDENTIDADE	
Nº CPF		TELEFONE (WHATSAPP)	
POSIÇÃO QUE ATUA		POSIÇÃO QUE PODE ATUAR	

## IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME COMPLETO			
DATA DE NASCIMENTO		Nº IDENTIDADE	
Nº CPF		TELEFONE (WHATSAPP)	
ENDEREÇO			BAIRRO
CIDADE		ESTADO	CEP
TELEFONES			
EMAIL (SE TIVER)			

Eu, abaixo assinado, autorizo o atleta, identificado acima, a participar da avaliação do Caruaru City Sport Club e assumo total e irrestrita responsabilidade sob os atos do atleta durante todo o período de avaliação. Declaro que o mesmo se encontra em perfeito estado de saúde e estou ciente que o mesmo pode sofrer lesões durante a prática esportiva, isentando o Caruaru City Sport Club de qualquer responsabilidade por eventuais acontecimentos.

Caruaru \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável