



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY  
SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA, TURISMO, ESPORTES E LAZER  
GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

**AUTORIZAÇÃO DE PAI, MÃE E/OU RESPONSÁVEL.**

Eu, \_\_\_\_\_, responsável legal pelo (a) menor, venho por meio deste documento, autorizá-lo (a) a participar como atleta pela equipe \_\_\_\_\_ no Copão de Vôlei ABERTO de Presidente Kennedy, atestando estar ciente da data e dos locais onde acontecerão os Jogos. Declaro que o mesmo está apto fisicamente à prática de esportes, responsabilizando-me juridicamente pelas informações aqui prestadas.

**OB OBS:** A organização não se responsabilizará pela continuidade do tratamento médico de acidentes de qualquer natureza, ocorrido com os participantes antes, durante e após os Jogos.

- a) No local onde estiver acontecendo os jogos deverá ter uma ambulância com um profissional da saúde para prestar os primeiros socorros, além de encaminhar a um pronto atendimento mais próximo, previamente informado sobre a realização da competição.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

RG.: \_\_\_\_\_ Orgão Expedidor: \_\_\_\_\_

Assinatura do (a) Atleta (a) \_\_\_\_\_