**ANEXO B**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ATIVIDADES FÍSICAS**

O participante se compromete a realizar as devidas avaliações médicas que atestem sua liberação para a prática de exercícios físicos, observando as orientações médicas sob sua conta e risco.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | SIM | NÃO |
| 1 | Algum médico já disse que você tem algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde? |  |  |
| 2  | Você sente dores no peito quando pratica atividade física? |  |  |
| 3  | No último mês, você sentiu dores no peito quando praticava atividade? |  |  |
| 4 | Você apresenta desequilíbrio devido a tontura e / ou perda de consciência? |  |  |
| 5 | Você tem algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física? |  |  |
| 6 | Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e / ou problema de coração? |  |  |
| 7 | Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física? |  |  |
| 8 | Possui moléstia grave /contágios a que possa prejudicar os demais participantes e frequentadores |  |  |

Caso você responda “sim” a uma ou mais perguntas, será necessário apresentar atestado médico que comprove a liberação do atleta para participação do FUTCOOP 2024, sob pena de ser vedada sua participação.

Por ocasião de minha participação no FUTCOOP 2024.

Eu, (NOME COMPLETO), portador do CPF xxx.xxx.xxx, declaro que todas as afirmações são verdadeiras e que participo deste evento esportivo por livre e espontânea vontade, que gozo de boa forma física, que estou apto para prática deste esporte e que não há qualquer restrição médica que impeça minha participação, isentando os organizadores, entidades patrocinadoras e demais membros do torneio de toda e qualquer responsabilidade por acidentes que venham a ocorrer pela minha participação no FUTCOOP 2024.

Consinto com o tratamento dos meus dados pessoais sensíveis relacionados com a minha saúde indicados no quadro acima, bem como no eventual atestado médico anexado neste Termo, os quais serão utilizados exclusivamente para validar minhas aptidões físicas para participar da competição. Estou ciente que as informações serão eliminadas em até 30 (trinta) dias após o encerramento da competição, salvo nos casos de ocorrência de evento adverso, hipótese em que o Sistema OCB-SESCOOP/ES poderá manter as informações para eventual exercício regular de direitos.

Declaro que tenho inequívoco conhecimento de que todos os materiais e equipamentos necessários para o meu desempenho são de minha responsabilidade.

Por fim, declaro estar ciente e de acordo com os termos do regulamento, acatando todas as decisões da Comissão Organizadora.

Vitória, XX/XX/2024

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Nome Completo**