**TERMO DE DECLARAÇÃO E DE RESPONSABILIDADE**

Eu, nome completo, nacionalidade, estado civil, profissão, inscrito no CPF sob nº 000.000.000-00, residente e domiciliado a endereço completo, praticante da modalidade **Futsal** e vinculado à Federação – SIGLA, solicito individualmente à Confederação Brasileira de Desportos de Surdos – CBDS minha inscrição para o **Campeonato Brasileiro de Futsal de Surdos** a ser realizada em Cascavel/PR na data de 19 a 21 de Abril de 2019. Declaro, sob as penas da lei que:

1. Que estou em plenas condições físicas e de saúde, e não possuo qualquer impedimento para competir na modalidade mencionada;
2. Que consulto profissionais da saúde regularmente e os mesmos permitem e incentivam a prática desportiva;
3. Que estou ciente que a prática esportiva pode causar acidentes com lesões, isentando, desta forma, a CBDS e as Federações de qualquer responsabilidade civil advinda desta competição;
4. Que assumo individualmente todas as responsabilidades financeiras relativas à minha participação nesta competição, no que tange a danos causados a organização e/ou a terceiros.

Tendo feito esta declaração de livre e espontânea vontade, firmo o presente termo de forma conjunta em três vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas.

Local e Data

Declarante ou Representante (em caso de menor): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Federação/(anuente): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome: Nome:

RG: RG: