**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 (Associacaoo – SIGLA), solicito individualmente à Confederação Brasileira de Desportos de Surdos – CBDS minha inscrição **Copa Brasil de Futsal de Surdos** a ser realizada em Fortaleza/CE na data de 15 a 17 de Novembro 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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

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

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

TESTEMUNHAS:

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

Nome: Nome:

RG: RG: