**ANEXOS**

**SELETIVA 2019 PARA O CAMPEONATO BRASILEIRO REGIÃO 2**

**FICHA DE RESPONSABILIDADE PELA EQUIPE – FEMININA**

AUTORIZOos menores abaixo relacionados a participarem da **SELETIVA 2019 PARA O CAMPEONATO BRASILEIRO REGIÃO 2,** no ginásio do Colégio Intensivo, no dia 16 de fevereiro de 2019, ao mesmo tempo que, declaro ter pleno conhecimento do regulamento do referido Campeonato, isentando a Federação Alagoana de Judô, e o local do evento, por quaisquer acidentes que possa ocorrer durante a realização do evento, atestando que todos foram autorizados pelos seus respectivos responsáveis e que foram examinados e liberados pelos seus respectivos médicos, e que me responsabilizo a apresentar as fichas coletiva de autorização dos responsáveis e de atestado médico, quando solicitada pela organização do evento.

|  |
| --- |
| ENTIDADE: |
| TÉCNICO: |
| REGISTRO ZEMPO: |
| RG DO TÉCNICO:  | CPF DO TÉCNICO: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº | NOME ATLETA | ANO NASC. | CATEG.PESO | CLASSE |
| 01 |  |  |  |  |
| 02 |  |  |  |  |
| 03 |  |  |  |  |
| 04 |  |  |  |  |
| 05 |  |  |  |  |
| 06 |  |  |  |  |
| 07 |  |  |  |  |
| 08 |  |  |  |  |
| 09 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-

ASSINATURA DO TÉCNICO

**SELETIVA 2019 PARA O CAMPEONATO BRASILEIRO REGIÃO 2**

 **FICHA DE RESPONSABILIDADE PELA EQUIPE – MASCULINA**

AUTORIZOos menores abaixo relacionados a participarem do **SELETIVA 2019 PARA O CAMPEONATO BRASILEIRO REGIÃO 2** no ginásio do Colégio Intensivo, no dia 16 de fevereiro de 2019, ao mesmo tempo em que, declaro ter pleno conhecimento do regulamento do referido Campeonato, isentando a Federação Alagoana de Judô, e o local do evento, por quaisquer acidentes que possa ocorrer durante a realização do evento, atestando que todos foram autorizados pelos seus respectivos responsáveis e que foram examinados e liberados pelos seus respectivos médicos, e que me responsabilizo a apresentar as fichas coletiva de autorização dos responsáveis e de atestado médico, quando solicitada pela organização do evento.

|  |
| --- |
| ENTIDADE: |
| TÉCNICO: |
| REGISTRO ZEMPO: |
| RG DO TÉCNICO:  | CPF DO TÉCNICO: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº | NOME ATLETA | ANO NASC. | CATEG.PESO | CLASSE |
| 01 |  |  |  |  |
| 02 |  |  |  |  |
| 03 |  |  |  |  |
| 04 |  |  |  |  |
| 05 |  |  |  |  |
| 06 |  |  |  |  |
| 07 |  |  |  |  |
| 08 |  |  |  |  |
| 09 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019.

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

ASSINATURA DO TÉCNICO

**FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE**

ATLETA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RESPONSAVEL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PARENTESCO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorizo o atleta acima a participar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no período de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Ao mesmo tempo, declaro ter pleno conhecimento do regulamento e das regras do referido campeonato. Por fim, isento a Federação Alagoana de Judô, por quaisquer acidentes que ocorram durante a realização do evento.

Maceió, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019.

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

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL

**ATESTADO MÉDICO COLETIVO**

ENTIDADE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DO ATLETA** | **NÚMERO DE IDENTIDADE** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ATESTADO COLETIVO**

**ATESTO QUE, OS ATLETAS ACIMA RELACIONADOS FORAM POR MIM EXAMINADOS, ESTANDO EM PERFEITAS CONDIÇÕES FÍSICA E MENTAL, PARA DISPUTAR A SELETIVA 2019 PARA O CAMPEONATO BRASILEIRO REGIÃO 2.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE 2019.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME DO MÉDICO | Nº DO CRM | ASSINATURA DO MÉDICO |
|  |  |  |