



ESPORTE CLUBE XV DE NOVEMBRO DE PIRACICABA

CATEGORIAS DE FORMAÇÃO

www.xvpiracicaba.com.br – (19) 2533-0100



CADASTRO DE ATLETA E TERMO DE RESPONSABILIDADE

INFORMAÇÕES ATLETA

Nome: _____

RG: _____ Data de nasc.: _____

Endereço: _____ n° _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Contato: (____) _____ E-mail: _____

Posição (máximo 2 opções)

- CENTROAVANTE EXTREMO(PONTA) GOLEIRO LATERAL DIREITO
 LATERAL ESQUERDO MEIO CAMPO VOLANTE ZAGUEIRO

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: _____

Contato: (____) _____ (____) _____

CPF: _____

Declaramos e autorizamos o abaixo descrito:

O **RESPONSÁVEL** autoriza o **ATLETA** acima mencionado a realizar teste/avaliação no **ESPORTE CLUBE XV DE NOVEMBRO DE PIRACICABA**, sob supervisão do clube, durante o período necessário e sob as normas estabelecidas no presente termo de responsabilidade e autorização:

- 1) O **RESPONSÁVEL** e o **ATLETA** declaram ter pleno conhecimento de que a avaliação envolve testes físicos, treinamentos com bola, coletivos e todos os trabalhos necessários para sua completa avaliação;
- 2) O **RESPONSÁVEL** e o **ATLETA** assumem integralmente a responsabilidade pela veracidade das informações prestadas na presente declaração, bem como pela autenticidade de todos os documentos apresentados durante o processo seletivo;
- 3) O **RESPONSÁVEL** e o **ATLETA** declaram que o **ATLETA** possui toda a documentação original devidamente regularizada e que o **ATLETA** pratica regularmente atividades esportivas, não sofrendo de nenhuma doença ou limitação física que desaconselhe ou impeça a avaliação do mesmo nos testes a serem realizados.
- 4) O **RESPONSÁVEL** e o **ATLETA** comprometem-se a apresentar **ATESTADO MÉDICO**, devidamente carimbado e assinado pelo médico responsável e regularmente inscrito no **CRM**, atestando que o **ATLETA** possui plenas condições físicas e mentais para a prática de atividades esportivas. Ficam cientes que os testes somente terão início após a apresentação do atestado médico exigido.



ESPORTE CLUBE XV DE NOVEMBRO DE PIRACICABA

CATEGORIAS DE FORMAÇÃO

www.xvpiracicaba.com.br – (19) 2533-0100



5) O **RESPONSÁVEL** e o **ATLETA** declaram estar cientes de que, como em qualquer outra atividade física, podem ocorrer lesões ou ferimentos no **ATLETA** durante o período de testes.

6) Sendo desejo do **ATLETA** e do **RESPONSÁVEL** que o primeiro participe dos testes realizados no **ESPORTE CLUBE XV DE NOVEMBRO DE PIRACICABA**, ambos isentam o clube de toda e qualquer responsabilidade por eventuais lesões físicas, fraturas, acidentes em geral ou danos de qualquer natureza que venham a ocorrer no período de testes;

7) O **RESPONSÁVEL** e o **ATLETA** declaram estar cientes e concordam que o **ESPORTECLUBE XV DE NOVEMBRO DE PIRACICABA**, ao permitir a participação do segundo nos testes, **NÃO** assume qualquer compromisso de aprovação e/ou contratação do **ATLETA**.

8) O **RESPONSÁVEL** e o **ATLETA** declaram estar cientes de que o **ATLETA** deverá se apresentar para os testes com chuteira, caneleira, shorts preto e camisa branca.

9) O **RESPONSÁVEL** e o **ATLETA** declaram estar cientes de que este **TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO** deverá ser entregue na **Associação Amigos do XV de Piracicaba**, assinado.

E por estarem cientes e de acordo com a integralidade dos itens acima descritos, o **RESPONSÁVEL** expressamente autoriza a participação do **ATLETA** no procedimento de seleção do **ESPORTE CLUBE XV DE NOVEMBRO DE PIRACICABA**, assumindo toda e qualquer responsabilidade por eventuais lesões, acidentes e/ou demais danos que possam ser ocasionados ao **ATLETA** em decorrência da participação, independentemente da extensão e natureza dos mesmos.

Piracicaba, _____ de _____ de 20____

Atleta

Responsável