



TERMO DE RESPONSABILIDADE E FICHA MÉDICA

NOME

RG

CPF

DATA DO NASCIMENTO

ENDEREÇO

BAIRRO

CIDADE

FONE RESIDENCIAL

CELULAR

E-MAIL

EQUIPE

CATEGORIA

FICHA MÉDICA

1. Toma medicamentos ? sim Não Se sim, quais ? _____
2. Tem algum tipo de alergia ? sim Não Se sim, qual tipo ? _____
3. Tem alergia a medicamentos sim Não Se sim, qual ? _____
4. Você é portador de: Asma Hipoglicemia Hipertensão Diabetes
 Outras _____
5. Qual o seu tipo de Sangue? _____ RH _____
6. Possui um plano de saúde ? Sim Não Se sim, qual ? _____
7. Cite uma pessoa para contato, se necessário: _____
Fone : () _____
8. Você usa óculos de grau ou lente de contato ? Sim Não

1. Declaramos conhecer todos os regulamentos que regem a prova e que participamos do 9º Campeonato Brasileiro de Trekking por livre e espontânea vontade, assumindo toda e qualquer responsabilidade pelos riscos inerentes à prática dos esportes de aventura que participarei, eximindo a Mochila Br Ltda, organizadora do evento, de qualquer responsabilidade, seja objetiva ou subjetiva. Reconheço, ainda, que há possibilidade de risco de vida e de ocorrência de acidentes pessoais imprevistos, independentemente das normas de segurança adotadas pela Mochila Br Ltda.

2. Sou responsável pelo meu estado físico, Kit de primeiros socorros e equipamentos pessoal utilizado na prova
3. Declaro ter tido treinamento para Trekking de regularidade, Código de trânsito e preservação de Fauna e Flora
4. Libero o uso das imagens para divulgação do Enduro a Pé e do Campeonato Brasileiro de Trekking

Assinatura do(a) participante
ou responsável legal

Assinatura de testemunha
Nome:
RG:

Assinatura de testemunha
Nome:
RG: