



AVAÍ FUTEBOL FEMININO

TERMO DE CONSENTIMENTO E RESPONSABILIDADE

Nome Completo: _____

CPF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____.

Endereço: _____

Contato de Emergência (Nome/celular): _____

Responsável Legal (se menor): _____

CPF: _____ Celular _____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE E APTIDÃO: Declaro, para os devidos fins, que gozo de plena saúde física e mental, estando apto a realizar esforços físicos de alta intensidade inerentes à prática do futebol de alto rendimento. Confirmando que não possuo patologias preexistentes, lesões ou restrições médicas que me impossibilitem de participar das avaliações.

CIÊNCIA DE RISCOS: Estou ciente de que a prática esportiva competitiva envolve riscos naturais, tais como lesões musculares, entorses, fraturas ou intercorrências cardiorrespiratórias. Ao assinar este termo, assumo voluntariamente todos os riscos associados à minha participação nas avaliações programadas.

EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE: Isento o Avaí Futebol Clube, seus dirigentes, funcionários, parceiros e comissão técnica de qualquer responsabilidade civil, criminal ou indenizatória por danos físicos, materiais ou estéticos decorrentes da prática normal das atividades de avaliação. Esta isenção abrange: Custos médicos, hospitalares ou farmacêuticos; Transporte de emergência ou deslocamentos; Danos morais ou lucros cessantes por eventuais períodos de inatividade.

INEXISTÊNCIA DE VÍNCULO: Reconheço que a participação neste processo seletivo não gera qualquer vínculo empregatício, contratual ou promessa de contratação com o clube, tratando-se meramente de um período de testes e avaliação técnica.

USO DE IMAGEM: Autorizo, desde já, a utilização da minha imagem captada durante as avaliações para fins de registro interno, análise técnica e divulgação institucional do clube.

Florianópolis 17 de janeiro de 2025

Assinatura da Atleta: _____

Nome completo: _____

CPF: _____