



**DIVISÃO DE ESPORTE E LAZER – DEL (PROACE) E
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA**



I COPA DE FUTSAL DA UFVJM

Ficha de inscrição

Nome da equipe: _____

RESPONSÁVEL

(Nome) _____, () Prof./ () Aluno/ () TA () Outro

Telefone para contato: _____ e-mail _____

IMPORTANTE: A assinatura do atleta confirma sua inscrição e o seu acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) exposto no anexo. O responsável pela equipe deve apresentar a cada membro de sua equipe o TCLE, assim como o regulamento do torneio.

Os atletas que assinarem a ficha de inscrição estarão automaticamente acordando com o TCLE, bem como declaram estarem em perfeitas condições físicas que lhe permitam à prática do esporte, isentando a organização de qualquer ônus por eventuais acidentes que lhes ocorram, inclusive aqueles que lhes causem dano sério e/ou irreversível à saúde.

Técnico da Equipe: _____

LISTA DOS ATLETAS

Nº	NOME	MATICULA / SIAPE/RG	ASSINATURA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			



DIVISÃO DE ESPORTE E LAZER – DEL (PROACE)
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
I COPA DE FUTSAL DA UFVJM



Anexo

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado Senhor, este termo de consentimento refere-se à sua participação Na I COPA de FUTSAL da UFVJM. O objetivo do torneio é apresentar à comunidade universitária da UFVJM, os campos de ação que existem dentro da UFVJM na busca por um movimento que atenda os preceitos das ações que edificam o esporte e lazer universitário, proporcionando uma forma de lazer, uma vida ativa e ainda o bom relacionamento entre os alunos, docentes e técnicos administrativos da UFVJM.

Durante a participação no torneio, o senhor pode estar sujeito a riscos de aparecimento de lesões, traumáticas ou insidiosas, bem como o desenvolvimento de patologias diversas. A assinatura deste termo remete à ciência dos riscos que a participação na atividade pode trazer.

Na eventualidade da sua participação neste torneio resultar em algum problema médico, inclusive tratamento de emergência, você receberá assistência da equipe responsável pelo torneio. Entretanto, a coordenação não dispõe de recursos para pagamentos de exames complementares ou quaisquer outras despesas médicas ou hospitalares, que deverão ser cobertas por seus próprios recursos ou pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em caso de emergência, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU / 192) ou o Corpo de Bombeiros Militar (193) serão chamados.

Salienta-se a liberdade do participante, em qualquer momento, retirar seu consentimento caso haja interesse.

Os atletas da equipe _____ leram e concordaram com o TCLE acima.

Nome do responsável pela equipe participante _____

Diamantina, _____ de _____ de 20____

CPF: _____

Assinatura