**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

LADEIRAS TRAIL

Etapa Mairiporã/SP

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Declaro ter realizado todos os exames clínicos necessários para a prática de atividades físicas, em especial para participar do evento **LADEIRAS TRAIL, ETAPA Mairiporã/SP na data de 08/03/2020, ISENTANDO A ORGANIZAÇÃO do evento, DE QUALQUER RESPONSABILIDADE REFERENTE à MINHA SITUAÇÃO CLÍNICA**. Declaro estar ciente de que estou participando de um evento de alta performance e que minhas condições físicas e psicológicas estão adequadas para participar deste evento.

Declaro ser verídica todas as informações fornecidas à organização do referido evento e, para tanto, firmo a presente declaração abaixo assinada:

Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG do participante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Assinatura do Participante