



ATLETA Nº _____

AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE KIT POR TERCEIRO

A presente autorização deve ser entregue no ato da retirada de kit juntamente com o comprovante de pagamento, conforme o Regulamento oficial do circuito TRIDAY Series. A partir do momento em que esta autorização é assinada e apresentada à organização, fica entendido que o atleta concorda com o regulamento oficial do evento e se responsabiliza pelo material retirado.

Eu, _____, portador(a) do CPF nº _____

autorizo o(a) Sr(a) _____, portador do RG nº _____

_____ e do CPF nº _____ a retirar meu kit atleta do TRIDAY Series – Belo Horizonte.

_____, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do(a) Atleta

ATLETA Nº _____

Eu, abaixo identificado, no perfeito uso de minhas faculdades, DECLARO para os devidos fins de direito que:

1. Participarei do **TRIDAY SERIES – ETAPA BELO HORIZONTE 2018**, que será realizado no dia 16 de DEZEMBRO de 2018, na cidade de Belo Horizonte, Brasil. Estou ciente de que se trata de uma prova de TRIATHLON com distâncias SPRINT (750 m de natação, 20 km de ciclismo e 5 km de corrida) ou OLÍMPICA (1,5 km de natação, 40 km de ciclismo e 10 km de corrida por mim escolhida no ato da inscrição).
2. Estou ciente que é uma prova de TRIATHLON, organizada e operada pela Unlimited Sports.
3. Estou em pleno gozo de saúde e em condições de participar do evento, não apresentando qualquer tipo de impedimento ou restrição à prática de exercícios físicos e atividades esportivas.
4. Assumo, por minha livre e espontânea vontade, todos os riscos envolvidos e suas consequências pela participação nesta PROVA (que incluem possibilidade de acidentes, patologias agudas e crônicas, doenças, invalidez, amputação e morte), isentando a Unlimited Sports, seus organizadores, colaboradores e patrocinadores, bem como todas as pessoas, físicas e jurídicas, e entidades que cederam seus espaços e instalações para a realização deste evento (coletivamente, as “Partes Isentas”), DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE por quaisquer danos materiais, morais ou físicos, que porventura venha a sofrer, advindos da participação na PROVA. Da mesma forma isento os organizadores do evento de qualquer responsabilidade moral e/ou financeira se a prova for cancelada por razões adversas a realização da competição. Concordo em defender e indenizar as Partes Isentas em relação a toda e qualquer reclamação/s trazido/s por mim ou em meu nome, conjugue, membro da família, co-participante, ou qualquer Pessoa, por qualquer prejuízo, dano, morte, perda de propriedade, roubo de propriedade, ou outra perda de alguma forma relacionada à minha inscrição ou participação nas atividades, incluindo sem restrição o uso de equipamentos e instalações.
5. Entendo que todos os materiais e equipamentos necessários para o meu desenvolvimento nesta PROVA são de minha exclusiva responsabilidade.
6. Estou ciente das penalidades e possível desqualificação que posso sofrer, caso descumpra o regulamento ou cometa falta grave.
7. Concedo, a título universal e de forma irrevogável e irretirável, no Brasil e no exterior, o direito de usar minha imagem, voz, sons durante o treinamento, a competição e após a chegada, em qualquer suporte existente ou que venha a ser criado, a serem captados por todas as formas de sinal existentes, assim como familiares e amigos, para fins de divulgação do evento, sem ônus para a Unlimited Sports, organizadores, mídia e patrocinadores.
9. Estou ciente que a minha bicicleta só será entregue no bike check-out mediante a devolução do chip com tornozeleira. Caso não esteja de posse do mesmo, devo pagar R\$200,00 (duzentos reais) como forma de ressarcimento.
10. Estou ciente e de acordo com todos os itens deste TERMO DE RESPONSABILIDADE, isentando todas as Partes Isentas, de toda e qualquer responsabilidade legal de tudo o que vir a ocorrer por consequência da minha participação nesta PROVA.
11. Afirmo que tenho 18 (dezoito) anos de idade (ou que estarão completos no dia do evento) ou mais. Li, conheço, aceito e me submeto integralmente a todos os termos do regulamento da PROVA.
12. Fica eleito o foro da cidade de Belo Horizonte, preterido qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste Termo de Responsabilidade.

Peso (kg):	Tipo Sanguíneo:	
Usa algum medicamento	Sim ()	Não ()
	Qual?	
É alérgico a algo?	Sim ()	Não ()
	O que?	
Teve ou tem algum problema de saúde?	Sim ()	Não ()
	Qual?	
Alguma outra informação relevante?	Sim ()	Não ()
	Qual?	

NOME COMPLETO: _____

CPF: _____ RG: _____

NOME COMPLETO DO CONTATO DE EMERGÊNCIA: _____

TELEFONE DO CONTATO DE EMERGÊNCIA: () _____

Belo Horizonte, ____ de dezembro de 2018

Assinatura: _____