



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 –
Etapa Florianópolis.

_____, ____ 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 Florianópolis 2018**, que será realizado no dia 12 de agosto de 2018, na cidade de Florianópolis, 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. Concorro 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 irretroatável, 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. Afirmando 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 São Paulo, 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: () _____

Florianópolis, ____ de agosto de 2018

Assinatura: _____