

FICHA INDIVIDUAL DE DIRIGENTES, TÉCNICOS, MÉDICO, ATLETA-GUIA/TAPPER STAFFS

SIGLA UF	
----------	--

TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS E RESPONSABILIDADES DOS PARTICIPANTES

Dados Cadastrais do Participante

Nome									
Documento (RG / CREF. / CRM / CREFITO /outro						Função			
CPF		Tels.		Res		Cel			
Cidade		UF		Modalidade (caso Técnico/Staff)					

Pelopresente instrumento, na melhorforma de direito, inscrito no MEETINGS SELETIVAS DAS PARALIMPIADAS ESCOLARES 2025, declaro que:

1. Tenho pleno conhecimento do Regulamento Geral dos MEETINGS SELETIVAS DAS PARALIMPIADAS ESCOLARES 2025, expressamente concordando com todas as suas cláusulas e seus atos.

2. Através da assinatura do presente termo, concedo aos organizadores do evento, conjunta ou separadamente, em caráter de absoluta exclusividade, a título universal e de forma irrevogável e irretroatável, no Brasil e/ou no exterior, o direito de usar o nome, voz, imagem, material biográfico, declarações, gravações, entrevistas e endossos dados pelo menor acima citado ou a ele atribuíveis, bem como de usar sons e/ou imagens do evento, seja durante as competições, seja durante os aquecimentos, os treinamentos, a hospedagem, o transporte ou alimentação em qualquer suporte existente ou que venha a ser criado, a serem captados pela TV para transmissão, exibição e reexibição, no todo, em extratos, trechos ou partes, ao vivo ou não, sem limitação de tempo ou de número de vezes, através (i) de rádio; (ii) de televisão de qualquer espécie (televisão aberta ou televisão por assinatura, através de todas as formas de transporte de sinal existentes, exemplificativamente, UHF, VHF, cabo, MMDS e satélite, bem como independentemente da modalidade da comercialização empregada, incluindo pay-per-view, no Brasil ou no exterior); (iii) de circuito cinematográfico; (iv) de mídia impressa, tais como, mas não limitados a livros, revistas, jornais, etc.; (v) da fixação em qualquer tipo de suporte material, tais como películas cinematográficas de qualquer bitola, CD (compact disc), CDROM, CD-I (compact-disc interativo), home vídeo, DAT (digital áudio tape), DVD (digital vídeo disc) e suportes de comunicação gráfica em geral; (vi) da armazenagem em banco de dados; (vii) da projeção em tela em casas de frequências coletiva ou e-mails públicos, com ou sem ingresso pago, (viii) da comercialização ou aluguel ao público em qualquer suporte material existente; (ix) da disseminação através da internet ou qualquer rede pública ou privada de computadores; (x) de telefonia fixa ou móvel; (xi) do desenvolvimento de atividades de licenciamento de produtos e/ou serviços vinculados ao evento, (xii) de embalagem de produtos, ou (xiii) de qualquer outra forma de utilização comercial que possa ser adotada pelos organizadores do evento, renunciando, desde já, a qualquer remuneração. A autorização que ora concedo não tem limitação de tempo ou número de vezes, podendo se realizar no Brasil e/ou no exterior, e por ela renuncia ao direito de aprovar qualquer material que venha a ser produzido em decorrência da mesma.

Parágrafo Primeiro: O CPB, nos mesmos termos dispostos acima, fica expressamente autorizado a utilizar as marcas, insígnias e emblemas de todas as equipes participantes dos MEETINGS SELETIVAS DAS PARALIMPIADAS ESCOLARES 2025. **Parágrafo Segundo:** Fica desde já assegurado que o exercício, pelo CPB e pelos terceiros por ele autorizados, de qualquer dos direitos ora cedidos, dar-se-á de maneira a valorizar o esporte, os alunos e o evento.

3. Isento os organizadores do Evento de qualquer responsabilidade por danos eventualmente causados ao acima citado no decorrer da competição.

Assinatura do Participante Local e data

MÉDICO

Declaro que, o participante acima citado está em pleno gozo de sua saúde e em condições físicas de participar do Evento, não apresentando cardiopatias genéticas, congênitas ou infecciosas, viroses, ou qualquer outra doença, patologia ou distúrbio de saúde que implique em qualquer tipo de impedimento ou restrição à prática de exercícios físicos, atividades físicas e esportivas, tendo realizado, no período de pré-participação nesse Evento, por minha própria conta e risco, avaliação clínica que atesta as condições apresentadas.

Assinatura e Carimbo do Médico - CRM

realização:



patrocínio:

