|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ANEXO 3 | | TERMO DE RESPONSABILIDADE E CESSÃO DE DIREITOS PARA IDOSO-ATLETA - 2025 | | | | | | | | |
| COMPETIÇÃO | | | Jogos da Melhor Idade de MS – Individuais e Duplas -2025 | | | | | | | |
| **MODALIDADE** | | |  | **MUNICÍPIO** | | | |  | | |
| DADOS CADASTRAIS DO ESTUDANTE-ATLETA | | | | | | | | | | |
| **Nome:** |  | | | | **CPF:** |  | | |  | |
| **RG:** |  | | | | **Data Nasc:** |  | | |
| **Sexo:** |  | | | |  | | | |
| **Endereço:** |  | | | | | | | |
| DADOS CADASTRAIS DA INSTITUIÇÃO | | | | | | | | | | |
| **Instituição:** | |  | | | | | | | | |
| **Email:** | |  | | | | | **Telefone:** | | |  |

Pelo presente instrumento, na melhor forma de direito, eu declaro que:

1. Participarei e tenho pleno conhecimento do Regulamento Técnico dos Jogos da Melhor Idade de Mato Grosso do Sul disponível no site [www.fundesporte.ms.gov.br](http://www.fundesporte.ms.gov.br/)
2. Através da assinatura do presente termo, autorizo em caráter universal, gratuito, irrevogável, irretratável e exclusivo, a Fundesporte, ou terceiros, por esta devidamente autorizado, no Brasil e/ou no exterior, o direito de usar o nome, voz, imagem, material biográfico, declarações, gravações, entrevistas e endossos dados pelo participante ou a ele atribuíveis, inclusive para fins comerciais, 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, para divulgação e promoção nas diferentes mídias e para o material a ser captado pelas TVs na transmissão, exibição e reexibição, no todo, em extratos, trechos ou partes, ao vivo ou não, sem limitação de tempo ou de número de vezes.

JOGOS

ESCOLARES

1. Isento os organizadores do Evento de qualquer responsabilidade por danos eventualmente causados a mim no decorrer da competição.

Assinatura do Atleta

2025

Carimbo/Assinatura Médica

CRM:

1. Declaro que o idoso-atleta participa de um Projeto Social do nosso município de CAMPO GRANDE
2. Declaro para os devidos fins que o participante acima citado está apto para participação no evento, se encontra em boas condições de saúde e não sofre nenhuma doença que o impeça de participar do evento.

Local:

Data: / / 2025

Assinatura/Carimbo do Gestor da Secretaria de assistência social ou gestor municipal de esporte

***ATENÇÃO:*** *Este anexo deve ser entregue PRESENCIALMENTE pelo chefe da delegação, devidamente preenchido e assinado, conforme agendamento, para inscrição nos Jogos da melhor idade.*