



Atleta: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Plano de Saúde: \_\_\_\_\_

Hospital Preferencial: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que o atleta (sócio) acima inscrito está de acordo com o Regulamento da Competição e ainda, que goza de boa saúde, estando o mesmo apto a praticar atividades físicas, isentando a AABB-BH e seus dirigentes por problemas de saúde que possam ocorrer antes, durante e depois do campeonato em função desta prática. Declaro ainda que as informações acima são verdadeiras, ficando sujeito às sanções previstas no Regimento Interno do Clube.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Associado Responsável

Belo Horizonte \_\_\_\_\_ de 2015.