



ASSOCIAÇÃO DE STAND UP PADDLE DO CEARÁ - ASUPCE

CNPJ: 97.551517/0001-00

MOLOKABRA DOWNWIND 2025

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Através do presente termo de responsabilidade, eu, _____, CPF _____, RG _____, declaro estar plenamente ciente das normas estabelecidas pela organização do Molokabra Downwind em relação à minha participação no evento que ocorrerá no Estado do Ceará entre dias 22/08/2025 E 31/08/2025. Declaro conhecer e estar de acordo com o Regulamento Geral da competição, cumprindo as exigências estabelecidas, especialmente sobre a obrigatoriedade de compartilhamento de localização e uso de equipamentos de segurança e que isento os organizadores, promotores, patrocinadores, e pessoas físicas e jurídicas ligados à realização do evento de responsabilidades sobre acidentes de qualquer natureza, que possam ocorrer antes, durante e após a realização do evento e que tenham relação com minha inaptidão física ou incapacidade técnica. Atesto também estar em pleno gozo de saúde e em condições técnicas e físicas para participar do evento, conforme questionário de saúde entregue à organização. Também declaro ter ciência que a organização não se responsabiliza por eventuais danos ou avarias aos equipamentos náuticos por mim utilizados na competição. Concedo aos Organizadores, conjunta ou separadamente, o direito de usar meu nome e/ou imagens relacionadas ao evento, sejam elas fotográficas ou por vídeo, gravações, entrevistas, etc, tanto em meios de comunicação impressos, digitais, internet, televisivos quanto através de redes sociais para efeito de divulgação, publicidade, propaganda ou promoção, porém sem a exposição de dados cadastrais sem relevância ao público (CPF, RG, endereço, etc), sem ônus para os organizadores, podendo tal direito ser exercido diretamente pelos organizadores ou cedido a terceiros com finalidade de divulgação e portfolio do evento, renunciando, desde já a qualquer remuneração.

_____, _____ de _____ de 2025.

Assinatura do Atleta

RG ATLETA _____ CPF ATLETA: _____

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA EFEITO DE SEGURO E DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES

ENVIAR ESTE TERMO ENTRE 01 E 20 DE JULHO DE 2025 PARA O EMAIL

credenciamento@molokabra.com.br