

DECLARAÇÃO

Eu (Atleta), _____,
portador do CPF: _____ e da cédula de identidade nº:
_____, emitido por _____ em ___/___/___.
Declara para os devidos efeitos legais que estou apto à prática de esportes,
comparecendo regularmente ao médico realizando todos os exames necessários para
exercer de boa qualidade de saúde e que assume a responsabilidade por qualquer
incidente relacionado a saúde e a participação dos eventos ciclísticos
supervisionados pela FECIERJ no período de 01/01/20____ a 31/12/20____.

____ de _____ de 20____.

(Assinatura do atleta ou responsável)

(Nome legível e parentesco do Responsável)