



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
Campus JK – Diamantina/MG, Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Alto da Jacuba, CEP 39100-000
Telefone: +55 (38) 3532-1200 e (38) 3532-6800
E-mail: defi@ufvjm.edu.br



FICHA DE INSCRIÇÃO

EVENTO: ESCADACIMA&RAMPABAIXO

Numero de Inscrição: _____

NOME DA EQUIPE MISTA _____

Nome Integrante: _____

Nome Integrante: _____

Nome Integrante: _____

Nome Integrante: _____

TELEFONE DO REPRESENTANTE DA EQUIPE: _____

EMAIL: _____



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
Campus JK – Diamantina/MG, Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Alto da Jacuba, CEP 39100-000
Telefone: +55 (38) 3532-1200 e (38) 3532-6800
E-mail: defi@ufvjm.edu.br



TERMO DE RESPONSABILIDADE

PARTICIPAÇÃO NO EVENTO ESPORTIVO: ESCADACIMA&RAMPABAIXO

Eu, _____

*** Contato telefônico em caso de emergência:**
Nome do contato/grau de parentesco:.....
Tipo sanguíneo:.....

Eu, _____

*** Contato telefônico em caso de emergência:**
Nome do contato/grau de parentesco:.....
Tipo sanguíneo:.....

Eu, _____

*** Contato telefônico em caso de emergência:**
Nome do contato/grau de parentesco:.....
Tipo sanguíneo:.....

Eu, , _____

*** Contato telefônico em caso de emergência:**
Nome do contato/grau de parentesco:.....
Tipo sanguíneo:.....

declaro para os devidos fins, que estou ciente e de acordo com a proposta deste evento, e isento a organização de qualquer consequência ao meu estado de saúde e qualquer acidente que possa acontecer da minha participação nesta atividade, não cabendo qualquer tipo de indenização ou ônus. Em caso de emergência, autorizo qualquer pessoa qualificada a administrar os tratamentos necessários, médicos e/ou cirúrgico, inclusive administração de sangue e derivados sanguíneos. Autorizo também, que as informações relativas ao meu estado de saúde sejam dadas pelo responsável do curso ao médico responsável pelo meu atendimento. Declaro que as informações aqui prestadas são verdadeiras.

Diamantina, ____/____/____.

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura