

Trail Semana da Saúde

21 de Maio de 2016

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____, nascido em ___/___/19___, portador do BI/CC nº _____, maior de idade, abaixo assinado, declaro que desconheço qualquer impedimento de ordem física ou psicológica à minha participação no **Trail Semana da Saúde**, cujo regulamento e informações divulgadas sou conhecedor na íntegra e que a minha participação é da minha inteira e exclusiva responsabilidade, não podendo exigir à organização qualquer responsabilidade criminal ou civil, por quaisquer danos físicos, morais ou materiais que ocorram durante a actividade, nas quais esteja envolvido directa ou indirectamente, que excedam a cobertura do seguro da actividade.

Machico 21 de Maio de 2016

(assinatura conforme CC ou BI)
