**DIREITO DE IMAGEM**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador da Cédula de Identidade nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, AUTORIZO o uso de minha imagem (ou do menor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sob minha responsabilidade) sem qualquer ônus, a Federação Paulista de Kung Fu Wushu FPKF.

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Eu, ­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG­­­­­­-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito nos campeonatos promovidos pela Federação Paulista de Kung Fu Wushu no ano de 2019. Reconheço que estou apto a exercer a modalidade escolhida, tendo apresentado atestado médico atualizado no ato das inscrições e sou inteiramente responsável pela veracidade das informações prestadas por mim à Federação Paulista de Kung Fu – Wushu, bem como, estou sujeito a riscos decorrentes da participação no Campeonato. Isento a FPKF, seus dirigentes, autoridades da competição e organizadores de qualquer responsabilidade relativo a lesões leves e graves, permanentes ou temporárias, bem como danos ou perdas de bens pessoais, que porventura me ocorram. Concordo com todas as condições estabelecidas pela Federação Paulista de Kung Fu Wushu, para inscrição e participação no Campeonato. Declaro que li e entendi este Termo de Responsabilidade e o assino voluntariamente.

NOME DO PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF ou RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ASSINATURA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AOS RESPONSÁVEIS POR MENORES DE IDADE Como pai/mãe ou responsável legal pelo atleta acima, menor de idade:

Concordo integralmente com este TERMO e assumo a responsabilidade que me cabe.

NOME DO RESPONSÁVEL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF ou RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ASSINATURA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*Reconhecer Firma**