# **ANEXO II – TERMO DE RESPOSNABILIDADE PARA ATLETAS**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE, ASSUNÇÃO DE RISCOS E DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DE CAMPEONATOS ADMINISTRADOS PELA FPFS EM RAZÃO DA PANDEMIA COVID-19 ATLETA.**

Nome:

Clube: Categoria:

RG: CPF:

Data de nascimento:

Endereço:

Celular: E-Mail:

Se menor de 18 anos, além dos dados acima necessário o preenchimento e assinatura abaixo:

Nome do representante legal:

CPF:

RG:

Data de nascimento:

Endereço:

Celular: E-Mail:

**DECLARO**, para os devidos fins de direito, que estou ciente das orientações sanitárias e de saúde pública emitidas pela Organização Mundial de Saúde, pelos Governos Federal, Estadual e Municipal e pelas entidades de administração do Desporto (Confederações e Federações) para a mitigação da transmissão da COVID-19. E, em especial, o protocolo emitido pela FPFS para participação na competição. Para evitar a disseminação da COVID-19 me comprometo a observar e respeitar essas diretrizes.

**Me comprometo a informar diretamente o treinador, o representante legal e o médico do clube ou médico particular** que se tiver alguns dos seguintes sintomas: alteração no olfato/paladar, dor de cabeça, febre, tosse, coriza, dor no corpo, dor de garganta, diarreia, dificuldade para respirar, tremedeira no corpo, palpitação ou vômitos, bem como, de não participar nem de treinos e nem de jogos. Somente podendo retornar com alta médica.

Eu, **isento** integralmente a FPFS e os patrocinadores pelos riscos de contágio oferecido pelo ambiente, mesmo sendo tomadas todas as providências recomendadas pelo clube, pela FEDERAÇÃO PAULISTA DE FUTEBOL DE SALÃO e pelos protocolos emanados quer das autoridades públicas competentes quer das entidades desportivas.

Confirmo o interesse de participar dos campeonatos administrados pela FPFS no ano de **2020**.

São Paulo, de de 2020.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Atleta

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal