

Foto 3x4  
(Recente)



# COPA SÃO PAULO DE CICLISMO



**FICHA DE INSCRIÇÃO Nº \_\_\_\_\_ CATEGORIA: \_\_\_\_\_**

O (a) atleta: \_\_\_\_\_ - identificado(a) e assinado(a) nos termos da lei e regulamentos que regem o Desporto Nacional, e em especial as regras da **FEDERAÇÃO PAULISTA DE CICLISMO** que declara conhecer, solicita sua inscrição pelo clube / equipe: \_\_\_\_\_  
da cidade de: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ prestando, sob sua inteira responsabilidade, as informações abaixo:  
Data de nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ RG nº: \_\_\_\_\_ CPF/MF nº: \_\_\_\_\_  
Endereço residencial: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Telefones: \_\_\_\_\_  
e-mail(s): \_\_\_\_\_

## QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA – PAR-Q

Em respeito aos termos da Lei Estadual nº 16.724/2018, as quais alterou a Lei nº 10.848/ 2001, assinale “SIM” ou “NÃO” as perguntas:

- 1 - Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde? - ( ) **SIM** - ( ) **NÃO**
- 2 - Você sente dores no peito quando pratica atividade física? - ( ) **SIM** - ( ) **NÃO**
- 3 - No último mês, você sentiu dores no peito quando praticou atividade física? - ( ) **SIM** - ( ) **NÃO**
- 4 - Você apresenta desequilíbrio devido à tontura e/ ou perda de consciência? - ( ) **SIM** - ( ) **NÃO**
- 5 - Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física? - ( ) **SIM** - ( ) **NÃO**
- 6 - Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ ou problema de coração? - ( ) **SIM** - ( ) **NÃO**
- 7 - Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física? - ( ) **SIM** - ( ) **NÃO**

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Estou ciente de que é recomendável conversar com um médico e ser avaliado pelo mesmo, antes de aumentar meu nível atual de atividades físicas exigidas durante as competições de ciclismo, declarando, por este instrumento, ter respondido as perguntas do “Questionário de Prontidão para Atividade Física” (PAR-Q), assumindo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação, requerendo, mui respeitosamente, minha inscrição na categoria e clube / equipe acima descritos e comprometo-me respeitar disciplinarmente todas as normas e regulamentos da modalidade esportiva dos quais tomo ciência neste ato de inscrição, isentando os organizadores da **COPA SÃO PAULO DE CICLISMO**, seus patrocinadores, promotores, apoiadores, a **FEDERAÇÃO PAULISTA DE CICLISMO** ou quaisquer outros envolvidos, de toda e qualquer responsabilidade cível ou criminal que possam originar de quaisquer espécies de acidentes ou mal estar físico durante as competições deste campeonato. Autorizo, por meio desta, a divulgação de minha imagem através de fotografias, vídeos ou qualquer outro similar em termos de registros para finalidades legítimas; entendendo também que todos os materiais e equipamentos necessários para o meu desempenho neste campeonato são de minha inteira responsabilidade:

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do(a) Atleta**  
(ou do(a) Responsável, se menor de idade)

## AUTORIZAÇÃO DO PAI, MÃE OU RESPONSÁVEL (Somente para ciclistas menores de idade)

Eu, \_\_\_\_\_ Portador(a) da cédula de identidade RG nº \_\_\_\_\_  
Residente à: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado de: \_\_\_\_\_  
Telefones: \_\_\_\_\_  
e-mail(s): \_\_\_\_\_

**PAI**  **MÃE**  **RESPONSÁVEL**, pelo(a) menor de idade acima identificado(a), autorizo-o(a) a participar das competições da **COPA SÃO PAULO DE CICLISMO**, isentando desde já, por este instrumento, seus organizadores, patrocinadores, promotores, a **FEDERAÇÃO PAULISTA DE CICLISMO** ou quaisquer outros envolvidos, de toda e qualquer responsabilidade cível ou criminal que possam originar de quaisquer espécies de acidentes durante as competições deste campeonato, nos termos acima descritos, dos quais me torno parte integrante.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Representante Legal do(a) menor

## ATESTADO MÉDICO (Somente para ciclistas acima de 70 anos)

Para os devidos fins, atesto que o(a) atleta acima identificado(a) foi por mim examinado(a), encontrando-se em perfeitas condições de saúde para a prática de ciclismo de competições, tendo o seguinte tipo sanguíneo: \_\_\_\_\_ fator RH \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo, assinatura e CRM do(a) médico(a).