



LIRA TÊNIS CLUBE

Termo de Responsabilidade para Prática de Atividade Física (Validade 01 ano)

Ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar meu nível atual de atividade física e, em razão de ter respondido “sim” a uma ou mais das perguntas constantes do Questionário de Aptidão para Prática de Atividade Física, declaro que assumo inteira e irrestrita responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a esta recomendação.

Nome completo Aluno: _____

Nome completo Resp: _____

RG/CPF: _____ Nº Carteira: _____

Atividade: _____ Professor(a): _____

Data: _____

Assinatura: _____