



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE SOBRE A SAÚDE

Eu,

Sócio Proprietário da Cota: _____, CPF: _____

Declaro para os devidos fins que estou em pleno gozo de saúde, mantendo regular controle preventivo a cargo de médico e/ou de outros profissionais da saúde, bem como, seguindo prescrições de cuidados, em caso de doença em tratamento e pré-existente, sem qualquer contra indicação de minha atividade esportiva no Clube.

Tipo Sanguíneo: _____ Fator RH: _____

Plano de Saúde: () sim () não Operadora: _____

Modalidade: _____

Em caso de emergência, contactar:

Nome: _____

Tel. / Cel.: _____

Declaro também que, meus dependentes listados abaixo, estão em pleno gozo de saúde, mantendo regular controle preventivo a cargo de médico e/ou de outros profissionais da saúde, bem como, seguindo prescrições de cuidados, em caso de doença em tratamento e pré-existente, sem qualquer contra indicação a suas atividades esportivas no Clube.

Dependentes				
Nome	Título	Tipo Sanguíneo	Plano de Saúde	Modalidade

Belo Horizonte, _____ / _____ / 2021.

SÓCIO PROPRIETÁRIO