

AUTODECLARAÇÃO DE APTIDÃO FÍSICA E TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____,
inscrito(a) no CPF sob o nº _____ e no RG nº _____,
residente e domiciliado(a) em _____,

declaro para os devidos fins que estou em plenas condições físicas e de saúde para a prática de atividades esportivas, não apresentando qualquer impedimento médico ou restrição clínica que me impeça de participar das atividades esportivas realizadas ou organizadas tanto dentro da **Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)** quanto em eventos externos da Universidade.

Comprometo-me a realizar exames médicos periódicos, bem como adotar medidas preventivas e de tratamento necessárias para garantir minha integridade física e bem-estar durante a prática esportiva.

Tenho plena ciência de que a prática esportiva envolve riscos naturais, incluindo, mas não se limitando a lesões musculares, fraturas, entorses, problemas cardíacos ou outras condições de saúde adversas, assumindo integralmente os riscos inerentes às atividades que pratico.

Declaro expressamente que isento a **UENF**, seus dirigentes, reitores, funcionários, treinadores, prepostos e qualquer outra pessoa vinculada a Universidade de qualquer responsabilidade cível ou de qualquer outra natureza por eventuais acidentes, lesões, danos físicos ou materiais que possam ocorrer durante ou em decorrência da prática esportiva.

Assumo, assim, a responsabilidade total sobre minha participação em quaisquer atividades ou competições esportivas organizadas de forma meramente recreativas ou amadora.

Declaro estar ciente da importância de manter um acompanhamento médico adequado e me comprometo a não praticar atividades físicas caso esteja ciente de qualquer condição de saúde que possa comprometer minha segurança ou agravar eventuais lesões.

Esta declaração tem validade por prazo indeterminado, podendo ser revogada mediante comunicação formal por escrito.

Declaro estar ciente e de acordo com todas as condições acima expostas, assinando esta declaração por livre e espontânea vontade.

Campos dos Goytacazes, ____ de _____ de 2025

NOME COMPLETO

CPF: [_____]