

TERMO DE RESPONSABILIDADE

SAÚDE ATLETA

ÉPOCA DESPORTIVA ____/____/____ MODALIDADE _____

DISTRITO _____

Eu, _____,
portador (a) BI / CC n.º _____ emitido em ____/____/____
pelo arquivo de identificação de _____, declaro assumir (nos termos da Lei
de Bases de Atividade Física e do Desporto, Lei n.º 5/07) a especial obrigação de me assegurar, previamente,
de que não tenho (ou o meu educando, não tem) quaisquer contra-indicações para a prática da atividade que
pretendo(e) desenvolver.

PRATICANTE MENOR DE IDADE

Nome _____,

portador (a) BI / CC n.º ou Cp n.º _____ emitido em ____/____/____

Autorizo expressamente o tratamento destes dados pessoais para efeitos do assunto acima indicado e para contacto ou comunicação sobre este serviço da INATEL, de acordo com os termos e condições da Política de Proteção de Dados e de Privacidade que se encontram disponíveis em www.inatel.pt. Tenho consciência de que posso exercer os meus direitos de proteção de dados, nomeadamente os direitos de informação, acesso, consulta, retificação, oposição ao tratamento ou apagamento, através de contacto com o Gabinete da Proteção de Dados da INATEL, pelo correio eletrónico protecaodedados@inel.pt.

Assinatura do(a) praticante (ou encarregado de educação quando se trate de um praticante menor de idade)

_____, _____ de _____ de _____