



AUTORIZAÇÃO

Autorizo o menor _____,

RG _____, a participar de testes de avaliação realizados pelo CLUBE ATLÉTICO JUVENTUS.

Declaro estar ciente que o CLUBE ATLÉTICO JUVENTUS não cobra nenhum valor por essas avaliações e não se responsabiliza por eventuais lesões ou acidentes que eventualmente possam ser ocasionados no período de testes.

Declaro também estar ciente que o atleta só poderá participar das avaliações, mediante apresentação desta autorização devidamente assinada, e também:

- Atestado médico (obrigatório) emitido há menos de 30 dias;
- RG ou certidão de nascimento;
- Ficha de avaliação de atleta preenchida (imprimir do site);
- Uniforme de treino (camiseta, shorts e meióes);
- Caneleiras;
- Chuteiras de cravos ou de society;

Local _____, ____/____/____

Nome:

RG:

Grau de Parentesco: