

TERMO DE AUTORIZAÇÃO/RESPONSABILIDADE

Eu (Responsável), _____, abaixo assinado, portador(a) do R.G nº: _____, inscrito no CPF sob o nº: _____, venho por meio deste, autorizar que o(a) aluno(a) _____, devidamente matriculado na escola _____ participe do Projeto Se liga, isso é TRAUMA, que tem como objetivo atividades de conscientização do público jovem sobre os perigos dos acidentes automobilísticos, as diversas formas de violência contra mulheres e a violência doméstica, além de abordar questões relacionadas à violência, abuso, maus tratos contra idosos e técnicas de controle de sangramento.

Declaro estar ciente de que durante a prática de atividades práticas há probabilidade de ocorrência de acidentes. Nesse sentido, estou ciente dos riscos e eximo o Hospital Municipal Albert Schweitzer, os professores/coordenadores e os colaboradores técnicos do Projeto de qualquer responsabilidade legal, advindas de possíveis acidentes que possam ocorrer.

Declaro que a criança/jovem supracitado está apto(a) a participar das atividades desse(s) programa/projeto e que em caso de emergência/acidente, o(a) mesmo(a) deverá ser comunicado(a) à _____, através do telefone (21) _____.

Além disso, autorizo a divulgação de imagens decorrentes da participação do(a) referido(a) aluno(a) para fins didáticos, científicos e de divulgação.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2024.

Assinatura: _____

DADOS COMPLEMENTARES – MENORES DE 18 ANOS - Anexo

NOME DO (A) ALUNO (A): _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ IDADE ATUAL: _____

FILIAÇÃO: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: _____

OUTRA PESSOA PARA CONTATO: _____

TELEFONE: _____

ESCOLA QUE FREQUENTA: _____

SÉRIE: _____ PERÍODO: _____

PROBLEMAS DE SAÚDE: _____

PLANO DE SAÚDE: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE – Maiores de 18 anos

EU, _____,
abaixo assinado, portador (a) do R.G. nº: _____ inscrito no CPF
sob o nº: _____, Declaro estar ciente de que durante a
prática de atividades práticas há probabilidade de ocorrência de acidentes. Nesse sentido,
estou ciente dos riscos e eximo o Hospital Municipal Albert Schweitzer, os
professores/coordenadores e os colaboradores do Projeto de qualquer responsabilidade
legal, advindas de possíveis acidentes que possam ocorrer.

Declaro que estou apto a participar das atividades desse projeto e que em caso de
emergência/acidente, deverá ser comunicado(a) à
_____, através do telefone (21)
_____.

Além disso, autorizo a divulgação de imagens decorrentes de minha participação para
fins didáticos, científicos e de divulgação.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2024.

Assinatura: _____