



## FICHA DE AUTORIZAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_,

responsável legal do menor \_\_\_\_\_, autorizo-o a

participar da COPANORTH de Enduro a Pé, estando ciente dos riscos nas atividades praticadas e de acordo com o Termo de

Responsabilidade / Ficha Médica NORTHBRASIL.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Data