

## Termo de Reconhecimento de Riscos para uso da Parede de Escalada Esportiva da Área Norte da Universidade Federal de São Carlos

Eu, \_\_\_\_\_ (nome),  
\_\_\_\_\_ (nacionalidade), portador do documento de identidade  
número: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (tipo de documento), morador a  
\_\_\_\_\_  
(endereço completo), \_\_\_\_\_ (telefone), \_\_\_\_\_ (email)

- **Reconheço que devo realizar a atividade na parede de escalada da Caixa d'Água da Área Norte da Universidade Federal de São Carlos (doravante referida como "a ATIVIDADE") acompanhado de membro do CUME capacitado, ou seja, com nome na lista afixada na caixa d'água (que pode ser conferida in situ);**
- Reconheço que a ATIVIDADE da escalada esportiva envolve riscos à vida (acidentes fatais), ferimentos sérios e perda de propriedade (equipamentos, etc);
- Reconheço que os riscos inerentes à ATIVIDADE incluem, mas não se limitam a: quedas, falhas de equipamentos, erros de decisão, falta de atenção, e agarras perdidas ou danificadas por outros escaladores;
- Declaro estar participando da atividade de escalada na Universidade Federal de São Carlos (doravante denominada "UFSCar") por livre e espontânea vontade, estar ciente dos riscos existentes nesta atividade, inclusive de vida;
- Concordo em seguir todas as instruções **da coordenação da atividade e instrutores** no sentido de prevenir e evitar riscos de acidentes ou danos pessoais ou materiais, podendo qualquer responsável pela atividade solicitar a minha retirada da atividade por estes motivos;
- Declaro não possuir condições médicas ou físicas que possam interferir na minha segurança e dos demais participantes, ou do contrário, concordo em assumir todos os riscos e acidentes que possam acontecer, direta ou indiretamente por tais condições.\*
- Concordo em obedecer às regras, normas e protocolos para o exercício da ATIVIDADE, e caso o pessoal responsável do CUME ou da UFSCar faça alguma requisição para mim ou me dê alguma instrução, eu concordo em acatar;
- Permito o pessoal responsável do CUME ou da UFSCar procurar serviços médicos de emergência para mim caso eu sofra algum ferimento ou acidente durante a atividade, entendendo que sou responsável pelos custos decorrentes;
- Voluntariamente assino abaixo concordando com o tratado acima. (Participantes menores de 18 anos devem ter a assinatura neste documento do pai ou responsável legal).

São Carlos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ . **Assinatura do participante:** \_\_\_\_\_

**VALIDADE (06 MESES) ATÉ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (após essa data esse *Termo* perde a validade)**

Nome por extenso e legível e assinatura do membro do CUME (testemunha) presente:  
\_\_\_\_\_

Assinatura do pai ou responsável legal para participantes menores de 18 anos: \_\_\_\_\_

Nome por extenso e legível, número do documento de identidade e endereço do pai ou responsável legal para participantes menores de 18 anos: \_\_\_\_\_

Em caso de acidente, avisar:

Contato 1: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Contato 2: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Este termo deve ser completamente preenchido, assinado, datado e atestado pelo membro do CUME presente no local. Deve ter anexado junto a este documento uma cópia de um documento de identidade que possua foto e assinatura igual ao Termo.

**\* Caso possua alguma condição médica que deva ser relatada, especificar no verso deste documento.**