



FICHA DE SAÚDE E TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PARTICIPAÇÃO NOS JOGOS DE INTEGRAÇÃO DOS SERVIDORES DO IFSP

Eu, _____, SIAPE: _____,

DECLARO estar ciente que a Comissão Organizadora dos Jogos de Integração dos Servidores do IFSP solicitou a apresentação de atestado médico indicando a minha aptidão física para práticas esportivas.

☐ Entregarei o atestado médico solicitado.

☐ Não entregarei o atestado médico solicitado. Optando por não o apresentar, assumo o risco de quaisquer complicações de saúde que possam ocorrer durante e/ou após minha participação no Jogos de Integração dos Servidores do IFSP. Declaro-me ciente quanto aos riscos à minha integridade física inerente à natureza da atividade praticada e reconheço que esta escolha pode aumentar ainda mais os riscos à minha saúde.

Dados importantes para o caso de necessidade de atendimento médico:

Em caso de acidentes ligar para:

Telefone:

Tipo sanguíneo:

Alergia a algum medicamento? ☐ Não ☐ Sim. Qual(is):

Faz uso de algum medicamento? ☐ Não ☐ Sim. Qual(is):

Está em tratamento médico? ☐ Não ☐ Sim. Qual(is):

Data

Assinatura do(a) servidor(a)