

Declaração de Responsabilidade

Assumo a veracidade das informações prestadas no questionário "PAR-Q" e afirmo estar liberado(a) pelo meu médico para participação em atividades físicas.

Nome do(a) participante:

André Rulli

Nome do(a) responsável se menor de 18 anos:

Data: 01/04/19

Assinatura:

[Assinatura]

