MARATONA AQUÁTICA
Sem Fronteiras

AUTORIZAÇÃO RETIRADA DE KIT (EQUIPE)

*O (a) atleta abaixo assinado (a) autorizo (a) ao _____ portador da Carteira de Identidade nº _____, órgão _____ a retirar meu chip do I**V CIRCUITO ESTADUAL MARATONA AQUÁTICA SEM FRONTEIRAS (etapa RECREIO), dia 03/02/2018.***

NOME	CPF	ASSINATURA

Mandar em anexo:

- *Termo de responsabilidade*
- *Atestado médico*
- *Declaração do Técnico assinada*
- *Comprovante de pagamento*

IMPORTANTE:

- *No caso de extravio ou não devolução do chip, será cobrada uma taxa de R$ 75, 00 DE ACORDO COM O REGULAMENTO;*
- *Fique atento para o horário da largada pelo site: www.maratonaquatica.com.br*
- *FAZ PARTE DO KIT: TOUCA, PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO E CHIP*