

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PASSEIO A CAVALO E RISCOS

CAVALOTERAPIA

(DEVE SER ASSINADO PREFERENCIALMENTE EM DUAS VIAS)

Eu _____, portador de RG / CPF nº _____, por este documento e em consideração AO PASSEIO A CAVALO pela CAVALOTERAPIA, acima identificado e abaixo assinado, **reconheço, entendo e concordo** que:

Existem riscos e possibilidades de acidentes no passeio a cavalo, risco de possível paralisia permanente e morte.

Tenho conhecimento de que devo seguir todas as instruções, assim como as de prevenção de acidentes do guia responsável (nome do/a Guia/ Passeio sem guia) _____ e assumo total responsabilidade sobre os riscos inerentes, de que devo preferencialmente usar calça comprida e sapato fechado ou tênis, e de que o passeio a cavalo é permitido apenas para crianças a partir de 10 anos de idade, DESDE QUE COM AUTORIZAÇÃO DE ALGUÉM MAIOR e/ou RESPONSÁVEL.

Reconheço também que ESTOU CIENTE de que é PROIBIDO o passeio em velocidade alta (Galope), o passeio deve ser em velocidade razoável e adequada ao ambiente da praia, como é explicado na leitura deste documento.

Além de reconhecer essas condições também aceito que este documento assinado por mim de próprio punho tem validade como documento que isenta TOTALMENTE a Cavaloterapia (Marca Registrada INPI) de possíveis imprevistos e/ou acidentes decorrentes do passeio com os cavalos.

EU RECONHEÇO E ASSUMO LIVREMENTE TODOS OS RISCOS, CONHECIDOS OU NÃO, e assumo total responsabilidade pelo meu passeio.

Eu atesto que estou apto a praticar este passeio, sou maior de idade (acima de dezoito anos), e responsável por meus atos, ou (a pessoa responsável por mim) Assinatura do Pai ou Responsável: _____

RG: _____

Maceió (Barra Nova), _____ de _____ de 20_____.

(Ficha de Pré-Cadastro)

Nome do Cavaleiro/Amazona: _____

Nome de Quem Autoriza a monta: _____

RG/CPF nº do Cavaleiro/Amazona _____

Telefone de Contato: _____

Email: (opcional): _____

Assinatura: _____

****Observação: _____

