

NOME: M/F ☐ N° Inscrição

DATA DE NASCIMENTO: / / IDADE: CATEGORIA P ☐ M ☐ G ☐

ENDEREÇO: BAIRRO:

CIDADE: FONE:

Ao assinar esta ficha assumo toda e qualquer responsabilidade inerente à minha saúde às condições para participar deste evento, e isento os organizadores de qualquer eventualidade que possa ocorrer.

Email: Identidade nº

Ass. do atleta

REGULAMENTO

Art.01- Finalidade – Promover e incentivar a prática da corrida rústica, bem como Comemorar o Dia do Cirurgião Dentista.

Art.02- Inscrição – Os atletas interessados deverão preencher a ficha de inscrição que se encontra no site: www.croam.org.br e depois de preenchida, deverá ser impressa e entregue na Sede do Conselho Regional de Odontologia situada na Rua Silva Ramos - 71 – Centro das 08:00 até as 14:00 hs do dia 23 de Outubro ou preencher a ficha pessoalmente no mesmo local acima citado. O Dentista que se inscrever para caminhada, basta levar o comprovante de inscrição com o número no dia da corrida.

- O ATLETA É RESPONSÁVEL PELO SEU NÚMERO DA CAMINHADA, POIS O MESMO SERÁ UTILIZADO PARA O SORTEIO DE BRINDE DURANTE O EVENTO.

Art.03- Não será cobrada taxa de inscrição, no dia do evento será entregue o kit da caminhada mediante apresentação de comprovante de inscrição.

Art.05- Percurso – Com percurso de 3,0 quilômetros, a 1ª Caminhada “SORRIA COM SAÚDE”, será realizada no Complexo Turístico da Ponta Negra, na Zona Oeste de Manaus, no dia 25 de Outubro(domingo) 2015, a partir das 8h00.

Art.06 - Do horário e da data - **Dia 25/10/2015 (domingo) às 08:00 h.** Os participantes deverão chegar (uma hora) antes para aquecimento e entrega dos kits.

Art. 07- Das Disposições Gerais - Comissão Organizadora do evento não se responsabiliza pelo estado de saúde e condições físicas dos participantes, nem por acidentes que possam ocorrer antes, durante ou após as provas. Os concorrentes deverão usar, obrigatoriamente, uma camiseta.

NOME: M/F ☐ N° Inscrição

DATA DE NASCIMENTO: / / IDADE: CATEGORIA

ENDEREÇO: BAIRRO:

CIDADE: FONE:

Ao assinar esta ficha assumo toda e qualquer responsabilidade inerente à minha saúde às condições para participar deste evento, e isento os organizadores de qualquer eventualidade que possa ocorrer.

Email: Identidade nº

Ass. do Participante