

Serra do Japi | Termo de Responsabilidade

1º Reconheço que a atividade a ser realizada é voluntária, e envolve um grau de risco inerente à trilha visitada e permanência em ambiente natural;

2º Estou ciente das **orientações e recomendações** divulgadas no site www.jundiai.sp.gov.br/planejamento-e-meio-ambiente/visitacao-monitorada aceitas no ato da inscrição;

3º Tenho boas condições físicas para percorrer o circuito escolhido com segurança;

4º Possuo indumentária necessária e adequada à visitação;

5º Isento os monitores e a administração da **Reserva Biológica Municipal da Serra do Japi**, das responsabilidades por danos de

qualquer natureza provocados a pessoas, equipamentos e bens em caso de acidentes, incidentes e resgates ocorridos durante a visitação, permanência e no interior dessa Unidade de Conservação;

6º Estou ciente do valor ambiental da **Reserva Biológica Municipal da Serra do Japi** e das práticas de mínimo impacto necessárias para proteção dessa Unidade de Conservação;

7º Declaro que poderei ser responsabilizado pelas ações praticadas por mim ou pelos menores de idade do qual estou responsável;

8º Declaro que estou ciente da **obrigatoriedade** de estar com as vacinas em dia, inclusive a da febre amarela.

Li os termos acima e estou de acordo.

Monitor: _____

Jundiaí, ____ de _____ 20____

Eu, _____,	
Carteira de identidade/passaporte nº _____, CPF nº _____,	
Residente à _____ nº _____,	
Complemento _____, Bairro _____, Cidade _____,	
Medicamentos que é alérgico _____ Tipo sanguíneo _____,	
Telefone celular _____, Telefone fixo _____ Assinatura _____.	
Em caso de emergência avisar:	Telefone:

Eu, _____,	
Carteira de identidade/passaporte nº _____, CPF nº _____,	
Residente à _____ nº _____,	
Complemento _____, Bairro _____, Cidade _____,	
Medicamentos que é alérgico _____ Tipo sanguíneo _____,	
Telefone celular _____, Telefone fixo _____ Assinatura _____.	
Em caso de emergência avisar:	Telefone:

Eu, _____,	
Carteira de identidade/passaporte nº _____, CPF nº _____,	
Residente à _____ nº _____,	
Complemento _____, Bairro _____, Cidade _____,	
Medicamentos que é alérgico _____ Tipo sanguíneo _____,	
Telefone celular _____, Telefone fixo _____ Assinatura _____.	
Em caso de emergência avisar:	Telefone: