DESLINDE DE RESPONSABILIDAD

Declaro estar médicamente apto y adecuadamente entrenado para participar de esta prueba. Asumo todos los riesgos asociados con participar en esta carrera incluyendo, pero no limitado a caídas, contacto con participantes, consecuencias del clima, temperatura y/o humedad, tránsito vehicular, condiciones del camino y conocidos por mí. Habiendo leído esta declaración y todos los riesgos ya conociendo estos hechos y considerando su aceptación en participar en la carrera, yo, en mi nombre y el de cualquier persona que actúe en mi representación, libero a los organizadores de la prueba 21K MEDIA MARATÓN VENADO TUERTO voluntarios, empresa de cronometraje y sponsors, sus representantes y sucesores de todo reclamo y responsabilidad, de cualquier tipo que surja de mi participación en este evento aunque esta responsabilidad pueda surgir por negligencia o culposidad de parte de las personas nombradas en esta declaración, así como de cualquier extravío, robo y/o hurto que pudiera sufrir. Entiendo que la organización podrá suspender o prorrogar fechas sin previo aviso, incluso incrementar o reducir la cantidad de inscripciones en función de las necesidades o la disponibilidad técnica o estructural. Acepto y entiendo el reglamento de este evento y cumplo bajo mi firma todos los requisitos básicos y obligatorios para el retiro del kit. Al aceptar el reglamento tomo conocimiento y acepto voluntariamente el procedimiento de premiación y división de categorías. Comprendo que los talles de remeras y las pulseras o identificaciones de tiempo de largada, están sujetos al stock disponibles al momento del retiro del kit. Autorizo a la organización y sponsors al uso de fotografías, películas, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro de este evento para cualquier uso legítimo, sin compensación económica alguna.

Nombre y apellido: DNI:

Fecha de retiro de Kit: Nombre de contacto de emergencia:

Teléfono contacto de emergencia:





APTITUD FÍSICA

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

(PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO)

	Rp. /
Certifico que	, con DNI N°
fue evaluado desde fecha contraindicacio en condiciones de	e el punto de vista médico, no presentando a la ones para realizar actividad física, encontrándose salud apta para la práctica de actividad física conda: moderada o de baja intensidad - vigorosa o de alta intensidad).
Facha da amisián	
recha de emisión:	
Nombre y Apellido del <i>I</i>	Médico:
Número de Matrícula del Médico:	
	Firma y Sello del Médico



