

CERTIFICADO MÉDICO

Apellido y nombre del corredor: _____

Domicilio: _____

Provincia: _____

Edad: _____

D.N.I: _____

Por la presente, certifico que _____ de _____ años, DNI _____, fue evaluado clínica y cardiovascularmente y se le realizaron las pruebas complementarias correspondientes. En función de la interpretación de los exámenes, se determina que no posee patología que implique riesgo para realizar actividad deportiva de alto rendimiento, tal como intervenir en el 10° Rally Endurance de La Pampa, carrera de ciclismo de mountain bike, que se disputará en Santa Rosa, provincia de La Pampa, República Argentina, el Domingo 04 de Septiembre de 2016.-

Sello y firma del Médico

Lugar y fecha

PLANILLA DE DESLINDE DE RESPONSABILIDADES

CORREDOR: Yo DNI , reconozco que participar del 10° Rally Endurance de La Pampa 2016, es una actividad con alto riesgo. Declaro que me encuentro realmente apto y adecuadamente entrenado para participar en esta prueba. Acepto toda decisión de un Oficial de la carrera respecto a mi capacidad de poder completar o no la competencia. Asimismo, acepto la decisión de cualquiera de las opiniones de carrera en caso que decidan ordenarme abandonar la competencia por cuestiones de salud u otro motivo que él considere.

Asumo todos los riesgos asociados con participar en esta competencia, de cualquier índole que fuera, caídas, accidentes, lesiones de todo tipo, etc. Abarcadora de las consecuencias del clima, incluyendo temperatura y/o humedad, tránsito vehicular y condiciones del camino, todos los riesgos conocidos y apreciados por mí.

Habiendo leído esta documentación, conociendo estos hechos y considerando su aceptación a participar de la carrera, yo, en mi nombre y en el de cualquier persona que actúe en mi representación, libero a los organizadores y/o coordinadores de la prueba voluntarios y a todos los auspiciantes, 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 negligencia o culposidad de parte de las personas nombradas en esta declaración, así como cualquier extravío, robo y/o hurto que pudiera sufrir.

Autorizo a los organizadores de la prueba y auspiciantes a uso de fotografías, películas, videos y grabaciones y cualquier tipo de medio que registre el evento haciendo uso legítimo, sin compensación ninguna.

FIRMA:.....

DNI:.....