

Deslinde de responsabilidad CANGREJALES TRAIL

Mil Horizontes

La información de este documento tiene carácter de declaración jurada.

Entiendo que el evento Aborigen Trail organizado por Mil Horizontes día 23 de Junio del 2019 es una actividad física que lleva ciertos riesgos. Participo de forma voluntaria, tengo conocimiento, entiendo la exigencia del evento y el alcance de esta actividad. Estoy física y mentalmente apto para realizar esta actividad.

No estoy en conocimiento de estar impedido psicofísicamente o tener alguna deficiencia que pueda ser la causa de sufrir alguna lesión o algún daño corporal en la participación de esta actividad por lo cual me hago cargo y soy responsable por algún inconveniente sufrido este día

Se libera a los organizadores de toda responsabilidad y renuncio a cualquier indemnización por algún daño físico, entiendo y acepto que mi imagen sea pueda ser usada en publicaciones de la página del organizador para promocionar futuros eventos sin esperar retribución alguna

El organizador no es responsable por pérdidas o robos de objetos personales así como también la perdida de mi propiedad e integridad física o de vida.

Soy apto y realice los controles médicos para participar de esta actividad por lo cual me declaro responsable y eximo de cualquier responsabilidad a los organizadores del evento. En caso de sufrir algún tipo de accidente o enfermedad y se estoy imposibilitado de comunicarme con mi prestador de salud o emergencia médica, yo autorizo y pido que se me proporcione asistencia médica y me hago responsable de los costos que se generen.

Declaro que los siguientes menores que participan en la actividad física están bajo mi responsabilidad comprendiendo el riesgo y peligro que la misma presenta, se exime de toda responsabilidad a los organizadores de este evento firmando el siguiente documento-

Nombre..... Documento.....

Nombre..... Documento.....

Nombre..... Documento.....

Declaro haber leído, entiendo y acepto todos los términos y condiciones establecidas en este Documento y procedo a firmarlo-

Nombre..... Documento.....

Sociedad Medica..... Fecha de Nacimiento..... Teléfono.....