

CERTIFICADO MÉDICO DE PARTICIPACIÓN PARA TRAIL RUN TEPEAPULCO

DATOS DEL CORREDOR

Nombres: _____

Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/_____

Por medio del presente declaro, con fecha ____/____/_____ que el Sr/a _____, Identificación oficial _____ se encuentra médicamente apto para participar en el evento deportivo Trail Run Tepeapulco, en la distancia de:

8K

17K

30K

50K

100K

Por lo que estaría capacitado física y mentalmente para enfrentar las exigencias de la prueba, considerando todos los riesgos e implicaciones de la misma.

Firma del Médico

MÉDICO TRATANTE

Dr. Nombre del Médico _____

Número de licencia o matrícula: _____

Especialidad: _____

Ciudad: _____ Estado/Provincia: _____

País: _____

Firma Participante

Sello del Médico





Fecha 18 de Julio de 2020

Numero de Competidor: _____

Exoneración de responsabilidad legal:

Admito que al participar en TRAIL TEPEAPULCO 2020

Conozco las bases de la convocatoria y que los datos que proporcione son verdaderos.

Soy el único responsable de mi salud, cualquier accidente o deficiencia que pudiera causar a mi integridad física, incluso la muerte, por esta razón, libero de cualquier responsabilidad al comité organizador, autoridades deportivas y prestadores de servicios de cualquier daño que sufra mi persona

Reconozco y acepto que los mencionados no son responsables de la custodia de mis pertenencias, a menos que se depositen en el guardarropa. Autorizo al comité organizador para utilizar mi imagen, mi voz y beneficios de patrocinadores. Estoy consciente de que para participar en la carrera estoy preparado físicamente para el esfuerzo que voy a realizar.

NOMBRE COMPLETO del competidor

FIRMA

Nombre completo de quien recoge el paquete

Firma por ausencia del titular y acepta los términos de la presente exoneración.

Nota: dejar copia de identificación oficial junto con el presente documento.

