



RESPONSIVA INDIVIDUAL

ACEPTO NO RECLAMAR NINGUN DAÑO QUE PUEDA SUCEDER A MI PERSONA, ANTES, DURANTE O DESPUÉS DE LA COMPETENCIA, YA QUE COMPITO BAJO MI PROPIA RESPONSABILIDAD. DESDE ESTE MOMENTO, EXONERO DE CUALQUIER RECLAMACIÓN EN CONTRA DE ATLANTES TEAM SA DE CV Y/O AL MUNICIPIO DE SANTA MARIA COLOTEPEC Y EN GENERAL A TODO EL COMITÉ ORGANIZADOR DEL 3ER RETO PUERTO ESCONDIDO 2019.

DECLARO QUE ESTOY FISICAMENTE APTO Y ME COMPROMETO A QUE SE RESPETEN LAS REGLAS Y NORMAS ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LA ORGANIZACIÓN DEL 3ER RETO PUERTO ESCONDIDO 2019.

ASI MISMO, ME COMPROMETO A DEVOLVER EL CHIP UTILIZADO A ATLANTES TEAM, ASI COMO LA BOYA RENTADA QUE POR ORDENES DE LAS AUTORIDADES COMPETENTES DEBE SER UTILIZADA PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE EVENTO, QUE SE CELEBRA EN PUERTO ESCONDIDO, OAXACA, LOS DIAS 9 Y 10 DE NOVIEMBRE DE 2019.

ACEPTO QUE EN CASO DE ALGUNA CONTINGENCIA MAYOR , EL MEDICO DEL EVENTO VALORARA LA LESION MAYOR, QUIEN AVISARA AL COMITÉ ORGANIZADOR, ASI COMO A LA FAMILIA Y SERÉ REMITIDO(A) A UN CENTRO MÉDICO Y ACEPTO QUE LOS GASTOS CORRERAN POR MI CUENTA.

NOMBRE _____

ESTOY FISICAMENTE SANO _____

ALERGIAS (MEDICAMENTOS) _____

NUM DE CHIP _____ **TIPO DE SANGRE** _____

NOMBRE Y TEL DE CONTACTO _____

SEGURO (IMSS, ISSSTE, OTRO) _____

FIRMA DE CONFORMIDAD _____

