



Dº/Dª: _____, con DNI
núm. _____, con domicilio _____
_____ y teléfono de contacto _____

Autoriza a: _____

_____ de _____ años de edad y con DNI
núm. _____.

Enfermedades o alergias:

LE AUTORIZO:

A que formalice su inscripción para participar en la travesía

.....

La prueba se realizará el día, en la localidad de

A la organización, ante cualquier enfermedad leve, lesión deportiva, así como en los traslados, a prestar la debida atención médica / sanitaria, por los Médicos o enfermeros designados por la organización para atender estas Situaciones.

A SU VEZ, DECLARO:

Que el autorizado sabe que debe aceptar las normas de seguridad y de comportamiento que le sean indicadas por los responsables que la entidad disponga para la actividad, autorizando a los responsables a imponer su criterio y eximiéndoles de toda responsabilidad en caso de cualquier incidencia o Accidente producida durante la práctica de la prueba, resaltando que los participantes menores de edad inscritos a la prueba deberán realizar OBLIGATORIAMENTE el recorrido corto del circuito.

Que le han sido administradas las vacunas que le corresponden por su edad y que no padece enfermedad, alergias, ni cualquier otra limitación que le impida participar con normalidad a las actividades programadas. Si hubiera cualquier enfermedad o alergia, debe ser indicado en el punto superior habilitado para ello.

A de del

Fdo