

Deslinde de Responsabilidades

Apellido.....

Nombre.....

DNI

Fecha Nac

Ciudad

Categoría

TERMINOS Y CONDICIONES DE PARTICIPACION :

Al inscribirse para participar del presente evento, el participante manifiesta conocer y acepta los siguientes términos y condiciones:

- 1) El participante declara que no padece afecciones físicas adquiridas o congénitas, ni lesiones que pudieran ocasionar trastornos en su salud o condiciones de vida, como consecuencia de participar en la presente competencia. Asimismo, declara que antes de realizar la competencia se le ha realizado un chequeo médico y se encuentra en condiciones físicas óptimas para participar en la misma, como así también asume todos los riesgos asociados con la participación en la presente competencia (caídas, contacto con otros participantes, consecuencias del clima, tránsito vehicular, condiciones del camino y/o cualquier otra clase de riesgo que se pudiera ocasionar). / 2) Toma conocimiento y acepta voluntariamente, que los organizadores y/o sus empresas auspiciantes, no toman a su cargo ni se responsabilizan por ningún tipo de indemnización, reclamo, costo, daño y/o perjuicio reclamado, incluyendo y no limitado a, daños por accidentes, danos materiales, físicos o psíquicos o morales, lucro cesante, causados a su persona o a sus derechohabientes, con motivo y en ocasión de la competencia en la que participa. / 3) Libera al Organizador, sus empresas vinculadas y sus representantes, autoridades, directores y/o accionistas de todo y cualquier reclamo o responsabilidad de cualquier tipo que surja de su participación en este evento aunque esta responsabilidad pueda surgir por negligencia o culposidad de parte de las personas nombradas en esta declaración, así como de cualquier extravío, robo y/o hurto que pudiera sufrir. / 4) Manifiesta que no hará responsable a la organización por incendios, cortocircuitos, robos, hurtos, caso fortuito, cualquiera fuera la causa que lo origine, daño en su salud proveniente de riñas o peleas de terceros, danos en su salud proveniente de afecciones físicas o no, que puedan acontecer con anterioridad, durante el transcurso o con posterioridad a la finalización de la competencia. / 5) Autoriza a los organizadores de la competencia y sponsors a utilizar, reproducir, distribuir y/o publicar fotografías, películas, videos, grabaciones y/o cualquier otro medio de registración de su persona tomadas con motivo y en ocasión de la presente competencia, sin compensación económica alguna a favor del participante de la presente competencia. / 6) Respeta y acata toda instrucción impuesta por la organización a los efectos de un normal y buen desarrollo del evento. / 7) Toda situación no contemplada o no prevista, se resolverá a criterio de la organización para el desarrollo adecuado del evento, debiendo el participante aceptar y acatar las mismas / 8) El participante que en ocasión de inscribirse o ya estando inscripto no respeta los términos y condiciones y/o no acata los lineamientos generales y particulares del evento, así como las disposiciones que se tomen ante situaciones transitorias y/o no contempladas, podrá ser descalificado del evento sin previo aviso, no teniendo luego derecho a reclamo, y reservándose la organización el derecho de inscripción y/o permanencia en el evento.

Para el caso que el participante no lo firme o se niegue a hacerlo no podrá participar del evento. Los menores de 18 años deberán presentar una nota de su padre/madre/tutor autorizandolo a participar.

Firma y aclaracion: _____

Categoría:

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

CERTIFICO QUE EL Sr./a _____, DNI _____, con fecha de nacimiento el ____ / ____ / ____, A LA FECHA NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA DE NIVEL COMPETITIVO Y/O DE ALTO RENDIMIENTO, DE ACUERDO CON SU EDAD, ENCONTRÁNDOSE EN CONDICIONES DE SALUD APTAS PARA DESARROLLAR Y PARTICIPAR DEPORTE

Para Corredores menores de 18 años – Autorización de los Padres a Participar

Nombre y Apellido del Padre o Tutor: _____

DNI del Padre o Tutor: _____

Firma del Padre o Tutor: _____

Datos del Médico

Nombre y Apellido: _____

Número de Matrícula: _____

Firma y Sello del Médico	Fecha y Hora

¿Por qué solicitamos el Examen Médico de Aptitud Física?

El *Examen Médico de Aptitud Física* es un paso fundamental hacia la participación segura en la práctica de deportes. Es importante comprender que el propósito es ayudar al deportista a mantener su salud y seguridad durante los entrenamientos y la competencia. Esto no reemplaza el control médico habitual del deportista. Sin embargo, sabemos que en muchas ocasiones es el único contacto que el corredor tiene con el médico durante el año. Por ello, recomendamos enfáticamente evitar solicitar la emisión de “certificados médicos de favor”.

Consideraciones importantes.

Los padres y los corredores deben saber que el Examen Médico no elimina el riesgo de todas las potenciales enfermedades cardiovasculares mortales.

Objetivos del Examen Médico de Aptitud Física

- Identificar problemas médicos, sobre todo cardiológicos y ortopédicos, severos que pongan al corredor en riesgo de lesión o enfermedad.
- Identificar problemas corregibles que puedan disminuir la capacidad de rendimiento del corredor.
- Ayudar a mantener la salud y seguridad del deportista.
- Evaluar el nivel de condición física para el deporte y la maduración del atleta.
- Educar a los deportistas y padres acerca del deporte, el ejercicio, las lesiones y otros asuntos relacionados con la salud.
- Cumplir con los requerimientos legales y de aseguradoras.

DECLARACION - COVID 19

La Cruz-ctes 26 / 16 /2021

APELLIDO Y NOMBRE.....

DNI..... FECHA DE NACIMIENTO.....

LOCALIDAD EN LA QUE DESARROLLA ACTIVIDAD DEPORTIVA.....

¿Percibe una marcada pérdida de OLFATO de manera repentina?.....

¿Percibe una marcada pérdida de GUSTO/SABOR de manera repentina?.....

¿Tiene TOS?.....

¿Tiene dolor de GARGANTA?.....

¿Tiene DIFICULTAD RESPIRATORIA O FALTA DE AIRE?.....

¿Tiene DOLOR DE CABEZA?.....

¿Tiene DIARREA?.....

¿Tiene VOMITOS?.....

¿Tiene DOLOR MUSCULAR?.....

¿Tuvo COVID 19 en los últimos 60 días?.....

En caso de haber contraído COVID - 19 en los últimos 30 días quedara TERMINANTEMENTE PROHIBIDO SU PARTICIPACIÓN al presente Competencia A Traves del Campo

Si su situación de salud contempla alguna de las siguientes opciones, selecciona la que corresponda con **(SI) - (NO)**

..... Trabajo o convivo con una persona que actualmente es caso confirmado COVID-19.

..... Pasé en los últimos 14 días al menos 15 minutos cerca de una persona que actualmente es caso confirmado COVID-19

Declaro que la información arriba proporcionada por mí es verdadera y entiendo que tiene carácter de declaración jurada.

.....

Firma

Aclaración

DNI

Fecha