



DESLINDE DE RESPONSABILIDAD:

Yo,..... DNI,
en mi propio nombre y de mis herederos, albaceas y cesionarios, por la presente renuncio a indemnizaciones por daño y libero para siempre de toda responsabilidad a la COPA ZÜRICH, CENTRO DEPORTIVO “LOS PADRES”, y personal en general, respecto a toda acción, causa de acción, reclamación o demanda que yo haya hecho, que intento actualmente hacer o que pueda hacer en el futuro en contra de la COPA ZÜRICH y CENTRO DEPORTIVO “LOS PADRES”.

Reconozco que participar en este torneo es una actividad potencialmente peligrosa. No me inscribiré a menos que me encuentre medicamente apto y adecuadamente entrenado. Me comprometo a aceptar cualquier decisión de los organizadores y/o personal médico apostado en el lugar, relativa a mi capacidad para poder seguir compitiendo. Asumo todos los riesgos asociados con participar en el torneo, incluyendo pero no limitado a caídas, lesiones por contacto con otros jugadores, consecuencias del clima, incluyendo temperatura o humedad, tránsito desde y hasta el predio, condiciones de los campos de juego, todos riesgos conocidos y apreciados por mí. Habiendo leído esta declaración y conociendo los hechos, y considerando su aceptación a participar del torneo, yo en mi nombre y en el de cualquier persona que actúe en mi representación, libero a los organizadores del torneo, voluntarios, colaboradores, responsables del predio en el que se compite, sponsors, sus representantes y/o sucesores de todo reclamo o responsabilidad de cualquier tipo que surja de mi 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. Autorizo a los organizadores del torneo y sponsors al uso de fotografías, películas, videos, grabaciones, y cualquier otro medio de registración de este torneo, para cualquier uso legítimo, sin compensación económica alguna.

Rosario, de de

FIRMA:.....

ACLARACIÓN:.....





EQUIPO:.....

APELLIDO/S Y NOMBRES:

EQUIPO: FECHA DE NACIMIENTO: /..... /.....

GRUPO SANGUÍNEO: FACTOR RH: OBRA SOCIAL:
..... SOCIO N°: TEL:

EN CASO DE TRASLADO INDICAR HOSPITAL / CLÍNICA / SANATORIO:

TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA:

¿ES ALÉRGICO/A? SI – NO A QUÉ?:

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD O AFECCIÓN? SI – NO

¿CUÁL?:.....

¿SE ENCUENTRA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO MÉDICO? SI – NO

¿CUÁL?.....

¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO? SI – NO

¿CUÁL?:.....

ANTECEDENTES DE INTERÉS:

OPERACIONES:

TRAUMATISMOS/FRACTURAS/INTERNACIONES:

DECLARO QUE ESTOY EN UN ESTADO FÍSICO BUENO Y SALUDABLE PARA LA PRÁCTICA DEPORTIVA, Y QUE NO TENGO CONOCIMIENTO DE ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA GRAVE QUE ME IMPIDA PRACTICAR EN ESTAS ACTIVIDADES FÍSICAS.

FIRMA

ACLARACION

TIPO Y N° DNI