



## DESLINDE DE RESPONSABILIDAD

Declaro bajo juramento encontrarme en perfecto estado de salud y entrenamiento para poder participar en la competencia deportiva INTI CROSS TRAIL. Que no padezco afecciones físicas ni lesiones que pudieran ocasionar trastornos en mi salud o condiciones de vida como consecuencia de participar en la presente competencia. Que antes de presentarme a participar de la misma me realicé chequeos médicos y me encuentro en condiciones físicas óptimas para competir en cualquiera de las distancias de carrera.

Declaro bajo juramento que acepto y asumo la total responsabilidad por cualquier riesgo de enfermedad, herida o muerte que pudiesen ocurrir en el desarrollo de la actividad. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en la presente competencia. Libero de responsabilidad a AIRE DE MONTAÑA de cualquier riesgo de enfermedad, herida o muerte que pudiesen ocurrir en el desarrollo de la actividad, aunque esta responsabilidad pudiera surgir por negligencia o culposidad de parte de los organizadores de la competencia, así como de cualquier extravío, robo y/o hurto que pudiera sufrir en mis pertenencias. Tomo conocimiento y acepto voluntariamente que AIRE DE MONTAÑA y sus sponsors NO toman a su cargo ni se responsabilizan por ningún tipo de indemnización, reclamo, costo, daño y/o perjuicio reclamado, incluyendo daños por accidentes, daños materiales, físicos, psíquicos o morales causados a mi persona con motivo y en ocasión de la competencia.

Declaro que voluntariamente me inscribo para participar en esta competencia, que he leído el reglamento de INTI CROSS TRAIL, que tengo absoluto conocimiento y comprendo los riesgos implicados en la misma.

Autorizo a los organizadores de AIRE DE MONTAÑA y sus sponsors a utilizar, reproducir, distribuir y/o publicar fotografías, videos, grabaciones y/o cualquier otro medio de registro de mi persona tomadas con motivo y en ocasión de la presente competencia, sin compensación económica alguna a favor del participante de la presente competencia.

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI N°: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Menor de edad:** Autorizo a  
mi hijo/a a participar en la  
competencia:

\_\_\_\_\_  
Firma, aclaración y DNI



## CERTIFICADO MÉDICO

Certifico que el paciente \_\_\_\_\_  
DNI Nro: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, cuya historia clínica obra en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha y de acuerdo al resultado del mismo, se encuentra apto para participar en carreras de trail running, en tanto no evidencia signos de alteraciones y/o enfermedades cardíacas y/o enfermedades de algún tipo que le puedan impedir realizar actividad física de alta exigencia en la montaña y afrontar el esfuerzo que supone la participación en el evento indicado.

Para su presentación ante los organizadores del evento, extendiendo el presente en la ciudad

de \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Observaciones:

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
DNI N°

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico