

Nombre del equipo :

Nº	APELLIDO Y NOMBRES	FACULTAD	D.N.I.	FIRMA
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.

Responsables del equipo o disciplina:

Delegado:

Sub-Delegado:

Teléfonos:

Teléfonos:

Cada deportista con su firma, declara estar sano, gozar de salud física y mental y haber efectuado los controles médicos apropiados. Exonera de toda responsabilidad a los organizadores y colaboradores, de todo accidente que pudiera sufrir, ya que participa voluntariamente en esta competencia. Esta eximición alcanza a la actuación de sus albaceas, herederos y todo aquel que se considere con derecho a actuar.