

RECONOCIMIENTO DE RIESGO Y EXONERACION DE RESPONSABILIDAD

Fecha: _____

Yo _____, mayor de edad identificado con cedula de ciudadanía No. _____, expedida en, _____, actuando en mi propio nombre y/o en representación de mi hijo (a) _____, menor de edad, identificado (a) con Tarjeta de Identidad No. _____, en adelante **EL PARTICIPANTE**, en consideración de que se le permita participar en la Carrera Atlética de la Mujer Soacha 2024, en adelante **LA CARRERA**, reconozco que hay riesgos y peligros potenciales, incluyendo el riesgo de daño físico, muerte y discapacidad o daño a mi propiedad personal, como resultados de participar o permitir que mi hijo (a) participe en **LA CARRERA**. Los riesgos incluyen, pero no están limitados a accidentes de transporte, peligros relacionados con el clima y desastres naturales, enfermedades contagiosas, la posibilidad de resbalarse y caerse lo que podría resultar en rasguños, contusiones, esguinces, heridas en la piel, fracturas, conmociones cerebrales, o inclusive peligros severos de debilitamiento o pérdida de la vida.

EL PARTICIPANTE declara que está familiarizado y reconoce los riesgos derivados de **LA CARRERA** en la que decidió participar. **EL PARTICIPANTE** da fe que tiene la condición física suficiente para participar en **LA CARRERA** y que no se ha diagnosticado incapacidad alguna por personal médico calificado. **EL PARTICIPANTE** declara que es consiente que los organizadores, patrocinadores y demás entidades involucradas en la **Carrera Atlética de la Mujer Soacha 2024**, no lo asegura o protege contra riesgos, ni garantiza su acceso a los servicios de salud más allá de los primeros auxilios. También declara **EL PARTICIPANTE**, que a la fecha está afiliado a una **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (EPS)** que en caso de una eventualidad médica sufragará los costos generados por lesión y/o enfermedad; por lo que asume la responsabilidad por cualquier lesión o daño que pueda ocurrir durante el curso de **LA CARRERA**. Por este medio **EL PARTICIPANTE** autoriza cualquier tratamiento de primeros auxilios o médico que se considere necesario en caso de emergencia. Además, autoriza al médico tratante para que ejecute en su nombre cualquier formulario y otros documentos médicos adecuados.

NOMBRE Y APELLIDOS (COMPLETOS) _____

NUMERO DE DOCUMENTO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIA: _____

TELEFONO RESIDENCIA/MOVIL: _____

NOMBRE DEL MENOR: _____

FIRMA DEL MENOR: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD No. _____