



CERTIFICADO MÉDICO

Por la presente certifico que de años, DNI fue evaluado clínica y cardiovascularmente y se le realizaron la pruebas complementarias correspondientes.

En función de la interpretación de los exámenes se determina que no posee patología que implique riesgo para realizar actividad deportiva de alto rendimiento, tal como intervenir en LA VUELTA ALPA CORRAL, carrera de ciclismo de montaña, que se disputará en Alpa Corral, provincia de Córdoba, República Argentina, el domingo 10 de marzo de 2019.-

Sello y firma del Médico

Lugar y fecha

“LA VUELTA ALPA CORRAL” EDICIÓN 2019

DECLARO por la presente estar gozando de buena salud para participar de la competencia de ciclismo de montaña denominada LA VUELTA Alpa Corral en la edición 2019, que se disputa el día Domingo 10 de marzo de 2019, contando con la preparación física necesaria y habiendo tenido controles médicos regulares que indicaban dicho estado.

ACEPTO las condiciones planteadas por el personal dedicado a las inscripciones, los cuales me comunicaron que la organización no cubre los cargos por accidentes o problemas físicos que durante la prueba puedan ocurrirme por tratarse de una actividad que conlleva riesgos, los cuales en éste acto declaro conocer y ser consiente de tales riesgos, y en consecuencia EXONERO de toda responsabilidad a los organizadores, auspiciantes, fiscalizadores y patrocinantes, ya que participo voluntariamente en esta competencia. Tal exoneración se hace extensiva a toda persona que actúe en mi representación y/o por mis derechos. HAGO CONSTAR también que fui informado que la competencia es con tránsito abierto. HE LEÍDO y ACEPTO el Reglamento y las condiciones para mi participación en todos sus términos.

Nombre, apellido, DNI y Firma del Corredor