

# AUTORITZACIÓ PER A MENORS

## PIRINEUS XS - 2024

### AUTORITZACIÓ PARE / MARE / TUTOR PER A MENORS D'EDAT

Nom i cognoms: \_\_\_\_\_

DNI / NIE /Passaport: \_\_\_\_\_

En qualitat de pare /mare / tutor/a

AUTORITZO la inscripció i participació del/la menor:

Nom i cognoms: \_\_\_\_\_

Edat: \_\_\_\_\_ DNI / NIE/ Passaport: \_\_\_\_\_

a la cursa Pirineu XS del dia 5 d'octubre de 2024, sota la meva responsabilitat, eximint de qualsevol altra responsabilitat l'entitat organitzadora.

Així mateix, declaro conèixer que el fet d'inscriure's representa l'acceptació del reglament d'aquesta cursa publicada a la pàgina: [www.atletismebaga.cat](http://www.atletismebaga.cat)

Signatura pare / mare / tutor/a

Bagà , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

# MANIFEST

## PIRINEUS XS - 2024

He llegit, entès i accepto tot el Reglament de la cursa que es farà a Bagà el dissabte dia 5 **d'octubre de 2024**.

Estic físicament i psicològicament ben preparat i segueixo els controls mèdics per garantir que dispo de bona salut i no pateixo cap malaltia, al·lèrgia, defecte físic, lesió o afecció cardiorespiratòria que desaconselli la meva participació a la prova.

Sé que aquesta prova comporta un risc addicional. Per això assumeixo tots els riscos i les conseqüències derivades de la meva participació.

Si durant la cursa, patís algun tipus de lesió o qualsevol altre circumstància que pogués perjudicar la meva salut, ho diré a l'organització el més aviat possible.

Em comprometo a complir les normes i protocols de seguretat de l'organització, així com a mantenir un comportament responsable que no faci augmentar els riscos per a la meva integritat física o psíquica.

Seguiré les instruccions i acataré les decisions dels responsables de l'organització sobre la seguretat.

Autoritzo als serveis mèdics de la prova que em practiquin qualsevol cura o prova diagnòstica que ells considerin oportuna en qualsevol moment de la prova, l'hagi o no sol·licitat jo mateix.

Davant dels seus requeriments, em comprometo a abandonar la prova i a permetre la meva hospitalització, si ells ho creuen convenient per a la meva salut.

Dorsal núm. .... Nom i cognoms.....

DNI/NIE/Passaport .....

Adreça..... Població i C.P. ....

Telèfon mòbil .....

Núm. de llicència (si se'n té).....

Signatura :

BAGÀ, .....de ..... de 2.024

OPCIONAL - EN CAS QUE SIGUI NECESSARI, CONTACTAR AMB :

Nom i cognoms ..... Núm. telèfon .....