

AUTORITZACIÓ PER A MENORS

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 de:

Nom i cognoms: _____

Edat: _____ DNI / NIE/ Passaport: _____

a la Milla Vertical Puigllançada o Vertical Coll de Pal del dia 26 de maig 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.atletismebagu.cat

Signatura pare / mare / tutor/a

_____, _____ de _____ de 2024

MANIFEST:

CURSA: MILLA VERTICAL PUIGLLANÇADA / VERTICAL COLL DE PAL

He llegit, entès i accepto íntegrament el Reglament de la prova que es celebrarà a Bagà el dia: **26 de maig de 2024**

Estic segur d'estar física 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 en la prova.

Sóc conscient de que aquesta prova comporta un risc addicional. Per això assumeixo íntegrament 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 posaré en coneixement de l'organització el més aviat possible.

Em comprometo a complir les normes i els protocols de seguretat establerts per 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 que prenguin els responsables de l'organització en temes de seguretat.

Autoritzo als serveis mèdics de la prova a que em practiquin qualsevol cura o prova diagnòstica que ells considerin oportú 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 la meva salut.

Dorsal nº

Nom i cognoms (del menor participant) Amb
llicència federativa nº..... (en cas de no tenir-n'ha deixar-ho en blanc)

Nom i cognoms (pare, mare o tutor del participant).....

DNI/NIE/Passaport adreça

C.P. Població

Telèfon mòbil

Signatura (pare, mare o tutor del participant).

BAGÀ, ade de 2024

OPCIONAL: EN CAS QUE SIGUI NECESSARI, CONTACTAR AMB:

Nom i cognomsNº telèfon