

IMPRIMIR PARA SER PRESENTADO Y FIRMADO EL DÍA DELA ACREDITACIÓN

-----  
Nombre y apellido .....

Declaro estar médicamente apto y adecuadamente entrenado para participar de La carrera de ciclismo Vuelta Ballenas 2019. Aceptaré cualquier decisión de un oficial de la carrera relativa a mi capacidad de completar con seguridad la prueba. Asumo todos los riesgos asociados con participar en esta carrera incluyendo, pero no limitado a caídas; contacto con los participantes, las consecuencias del clima, incluyendo temperatura y/o humedad, tránsito vehicular y condiciones del camino, todos los riesgos conocidos y apreciados por mí. Habiendo leído esta declaración y conociendo estos hechos y considerando su aceptación en participar en la carrera, yo, en mi nombre y el de cualquier persona que actúe en mi representación, libero a los organizadores de la prueba, voluntarios, empresas contratadas o vinculadas, sponsors y auspiciantes, sus representantes y sucesores de todo reclamo y responsabilidad, de cualquier tipo que surja de mi participación en este evento aunque esta responsabilidad pueda surgir por negligencia o callosidad de parte de las personas nombradas en esta declaración, así como de cualquier extravío, robo y/o hurto que pudiera sufrir. Entiendo que la organización podrá suspender o prorrogar fechas sin previo aviso, incluso incrementar o reducir la cantidad de inscripciones en función de las necesidades o la disponibilidad técnica o estructural. Acepto y entiendo el reglamento de este evento publicado en

<http://www.vueltaballenas.ar/reglamento/> y en la plataforma de inscripción, las condiciones de uso y política de privacidad de la plataforma de inscripciones, como así también la política de no cancelación y devolución. Entiendo que al haberme inscripto online he aceptado digitalmente las condiciones y políticas ya que de lo contrario no me permitía continuar con el proceso de inscripción. Cumpló bajo mi firma todos los requisitos básicos y obligatorios para el retiro del kit. Al aceptar el reglamento tomo conocimiento y acepto voluntariamente el procedimiento de premiación y división de categorías. La organización no reembolsará el importe de la inscripción a los participantes que decidan no participar una vez inscriptos, cualquiera sea el motivo. Autorizo a la organización y sponsors al uso de fotografías, películas, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro de este evento para cualquier uso legítimo, sin compensación económica alguna.-

-----  
Firma, aclaración y DNI del corredor.

-----  
CERTIFICADO MÉDICO

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA: FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2019

"CERTIFICO HABER EVALUADO MÉDICAMENTE

A....., DE.....AÑOS DE EDAD, CON DNI  
N°..... QUIEN A MI ENTENDER ES APTO PARA COMPETIR EN LA CARRERA  
DE CICLISMO VUELTA BALLENAS 2019 EN LA CIUDAD DE PUERTO MADRYN, EN LA CUAL EL  
SOLICITANTE MANIFIESTA QUE PARTICIPARÁ EN LA DISTANCIA DE..... KILÓMETROS A  
REALIZARSE POR SENDEROS RURALES, DE CIUDAD Y COSTEROS."

-----

Firma, aclaración y DNI del corredor.

-----

Firma y sello del médico

En los próximos días te llegará un mail con el número de corredor.

Mantente informado en [www.vueltaballenas.com.ar](http://www.vueltaballenas.com.ar)