



#DDLN SALTA ARGENTINA



## CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

### CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA CORREDOR NRO \_\_\_\_\_

Certifico que \_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_,  
Nacido/a el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, fue evaluado/a clínica y cardiovascularmente y se le  
realizaron las pruebas complementarias correspondientes. En función de los resultados, no surgen de los mismos  
contraindicaciones para realizar actividades físicas competitivas de alto rendimiento al momento de esta  
evaluación, encontrándose en condiciones de salud aptas para participar de la competencia de ciclismo denomi-  
nada "Desafío de las Nubes" a realizarse el \_\_\_\_\_ en la Ciudad de Salta.

#### Para Corredores menores de 18 años

Nombre y Apellido del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_

DNI del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_

#### Datos del Médico - Certificante

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Número de Matrícula: \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Médico

Fecha y Hora

.....

#### COVID-19

Declaro no tener infección por coronavirus ni indicación de aislamiento según protocolo vigente.

Declaro que no presento alguno de los siguientes síntomas: Fiebre, Tos, Dolor de garganta (Odinofagia), Dificul-  
tad respiratoria, fatiga, debilidad/malestar, producción de esputo/expectoración (flemas), falta de apetito o  
dolores musculares.

Firma y Aclaración del corredor

Fecha



#DDLN SALTA ARGENTINA



## DECLARACION DEL CORREDOR N° \_\_\_\_\_

Declaro por la presente estar gozando de buena salud para participar de la competencia de ciclismo de montaña denominada Desafío de las Nubes que se realizará el día ..... Cuento también con la preparación física necesaria y he tenido, y adjunto, los controles médicos necesarios que confirman mi apto médico para realizar este tipo de competencias y que no padezco ninguna enfermedad, dolencia y/o discapacidad que pueda impedir mi participación en actividades extenuantes y peligrosas.

Declaro que participo voluntariamente en esta carrera asumiendo en forma personal los peligros que pueden derivar de este tipo de eventos, incluyendo sin limitación, riesgo de accidentes, lastimaduras, fracturas, pérdidas, hasta riesgo de muerte. Soy consciente de los accidentes que pueden ocurrir durante la carrera y asumo la totalidad de los riesgos.

Declaro que tengo los elementos adecuados para este tipo de carreras y que soy competente para las actividades que realizaré y que no padezco ninguna enfermedad, dolencia y/o discapacidad que pueda impedir mi participación en actividades extenuantes y peligrosas.

Declaro haber leído y acepto todos los términos y condiciones del reglamento para mi participación.

Declaro tener cobertura médica vigente en Argentina, cuyos datos serán entregados a la organización. En caso de accidente, autorizo a la organización a brindarme asistencia médica y ser trasladado hasta el establecimiento de salud más cercano, quedando bajo mi exclusiva responsabilidad los gastos que se deriven de mi atención médica y/o traslado a otro centro de salud.

Declaro conocer y aceptar las condiciones que la organización no cubre los cargos por accidente o problemas físicos que durante la prueba puedan ocurrirme por tratarse de una actividad que conlleva riesgos. En consecuencia exoneró de toda responsabilidad a los organizadores, auspiciantes, fiscalizadores y patrocinantes, ya que participo voluntariamente en esta competencia. Esta exoneración se hace extensiva a toda persona que actúe en mi representación y/o por mis derechos.

Autorizo al uso de cualquier imagen o filmación realizada durante la carrera o en eventos promocionales previos o posteriores a la misma, con fines promocionales de los organizadores y/o de los auspiciantes. Asimismo, autorizo al uso de mis datos personales recabados durante el proceso de inscripción con fines comerciales por parte de los organizadores, así como a la cesión, con los mismos fines, a los auspiciantes del Desafío de las Nubes. Esta autorización es revocable en todo momento así como de la posibilidad de ejercer mis derechos de información, acceso, rectificación, actualización o supresión de mis datos personales frente a los organizadores y/o cualquiera de los auspiciantes.

Firma del Corredor

Aclaración.....DNI .....

Firma del Padre/Madre o Tutor

Aclaración.....DNI.....



#DDLN SALTA ARGENTINA



AUTORIZACION MENORES DE EDAD

**AUTORIZACION MENORES DE EDAD**

Corredor Nro. \_\_\_\_\_

Por la presente AUTORIZO a mi hijo \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años de edad, Nacido el \_\_\_\_\_, DNI: \_\_\_\_\_, a participar de la  
carrera de Mountain Bike denominada "Desafío de las Nubes" a realizarse el día \_\_\_\_\_,  
conociendo y comprendiendo que la misma implica riesgos potencialmente dañosos; haciéndome total y  
exclusivo responsable y, eximiendo a los organizadores del evento de toda responsabilidad por lesiones o  
daños derivados de la participación de mi hijo en la carrera.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

