



## CERTIFICADO MEDICO

Por la presente certifico que.....  
de.....años, DNI.Nº:.....fue evaluado/a clínica y  
cardiovascularmente y se le realizaron las pruebas complementarias correspondientes.

En función de la interpretación de los exámenes realizados se determina que no posee patologías que impliquen riesgo para realizar actividad deportiva de alto rendimiento, tal como participar del 11º Rally MTB Copa Carlos Paz, carrera de ciclismo de montaña, que se disputará en la ciudad de Villa Carlos Paz, Provincia de Córdoba, Republica Argentina, el Domingo 09 de Junio de 2019.

.....  
Lugar y Fecha

.....  
Sello y Firma del Médico

---

## AUTORIZACION TUTELAR PARA MENORES DE 18 AÑOS

Nosotros como Padre, Madre o Tutor de .....  
de .....años, DNI Nº:.....damos aquí permiso a nuestro hijo/a  
menor o custodio/a a participar en esta carrera y acordamos absolutamente, tanto  
individualmente como en defensa de mi hijo/a o custodio/a con todos los términos  
mencionados más arriba. Dejamos constancia que el guía responsable de la actividad está  
autorizado a solicitar cualquier información y tratamiento médico que sea favorable,  
incluyendo anestésicos, inoculación o intervenciones quirúrgicas, si nuestra autorización  
directa no pudiese ser obtenida a tiempo.

FECHA:...../...../.....

.....  
Firma del Padre o Tutor

.....  
Firma del Padre o Tutor

.....  
Aclaración

.....  
DNI



## **DESLINDE Y ACUERDO DE RESPONSABILIDAD CIVIL**

### **PARTICIPACION VOLUNTARIA:**

Yo declaro en forma plena que voluntariamente me inscribo para participar en la prueba de Mountain Bike, que he leído el reglamento provisto por La Vuelta Asociación Civil, junto con toda la información contenida en el sitio web [www.copacarlospaz.com](http://www.copacarlospaz.com) y que participo de esta actividad teniendo el absoluto conocimiento de los riesgos que esto implica.

### **ASUNCION DE RIESGO:**

Yo tengo conocimiento que los servicios médicos o de primeros auxilios pueden no estar disponibles o accesibles durante el transcurso de tiempo en el cual estoy participando de la carrera. Yo por la presente acepto y asumo la total responsabilidad por cualquier y todos los riesgos de enfermedad, herida o muerte (no por descuido, premeditada o fraudulenta conducta) que pudiesen ocurrir en el desarrollo de la competencia.

### **DESLINDE DE RESPONSABILIDAD CIVIL.**

Mediante la consideración de ser permitido por La Vuelta A.C. a participar de esta carrera y sus servicios. yo aquí acuerdo que: ni yo, ninguno de mis herederos, representantes personales o legales, miembros de mi familia tomarán acciones legales o reclamos ya sea por enfermedad, heridas o muerte resultando del desarrollo de la carrera, ni de cualquiera de sus empleados, directores, agentes contratistas u organizadores afiliados (ni tampoco el proveedor de servicio u equipo que deberé usar en la actividad) como resultado de mi participación en la carrera. Yo aquí mismo libero a La Vuelta A.C., sus empleados, directores, agentes, contratistas y a todas sus organizaciones asociadas de y contra toda responsabilidad legal proveniente de o conectado con mi participación en esta actividad, incluyendo cualquier responsabilidad legal por negligencia (pero no por conducta descuidada, premeditada o fraudulenta).

### **EJECUCION VOLUNTARIA Y COMPRENDIDA**

Yo he leído muy cuidadosamente y he comprendido completamente sus contenidos. Yo estoy advertido que esto es un Deslinde de Responsabilidad y un acuerdo entre mi persona y La Vuelta A.C. y/o sus organizaciones afiliadas y firmo bajo mi absoluta y propia voluntad.

FECHA:...../...../.....

.....  
Firma del Padre o Tutor

.....  
Firma del Padre o Tutor

.....  
Aclaración

.....  
DNI