



CONTACTO: Cel: 342 5 435 035 / 342 4 065 230

www.mosquitoecoaventura.com



TÉRMINOS Y CONDICIONES PARA **MENORES DE EDAD**

DESLINDE Y ACUERDO DE RESPONSABILIDAD CIVIL. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:

Lugar: Fecha:

TRAIL SERIES

COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE. NO SE ADMITIRÁ COMO DOCUMENTO SI NO SE LEE CLARAMENTE. ESTE DOCUMENTO ES OBLIGATORIO

Yo DNI: con domicilio en calle: N°:
de la ciudad de: siendo Papá Mamá Tutor Autorizo a: DNI:
menor de edad (años:) Fecha de nacimiento:/...../..... a participar en la carrera **MOSQUITO TRAIL Series**, en la distancia de km, a
realizarse el día/...../..... en la localidad de, bajo mi exclusiva responsabilidad.

Asimismo, declaro bajo juramento que esta persona se encuentra en buen estado físico para la actividad deportiva a llevar a cabo, que he leído el Reglamento y acepto en su totalidad las normas establecidas por la Organización y las que puedan modificarse y/o agregarse (sin previo aviso) en pos de una competencia más segura y atractiva para el corredor. Soy totalmente consciente de que se trata de una carrera de aventura de alta exigencia física en el entorno natural y que voluntariamente participo de esta actividad teniendo el absoluto conocimiento de los riesgos que esta implica.

ASUNCIÓN DE RIESGO: Estoy advertido que la competencia **MOSQUITO TRAIL Series** en la cual me inscribo, implica una alta exigencia física y en parte de la misma es una actividad de riesgo en zona de bañados, que estoy capacitado en entrenamiento físico deportivo. Soy totalmente consciente de que por el entorno natural de la competencia puedo adquirir algún tipo de alergias, enfermedad, heridas o muerte que pueden ser causadas por razones ajenas a lo planificado por la Organización de **MOSQUITO TRAIL Series**, sus Instituciones de apoyo, sus miembros y otras instituciones conocidas o desconocidas. Declaro estar sano/a gozando de plena salud física, mental y estar debidamente entrenado/a para participar de esta competencia. Tengo pleno conocimiento que los servicios médicos o de primeros auxilios pueden no estar disponibles o accesibles durante el transcurso de la competencia entre los PC (*puesto de control*) por lo inhóspito y poco accesible. Yo, por la presente, acepto y asumo la total responsabilidad por cualquier y todos los riesgos de enfermedad, herida o muerte (*no por descuidada, premeditada o fraudulenta conducta*), que pudiesen ocurrir en el desarrollo de la actividad.

DESLINDE DE RESPONSABILIDAD CIVIL: Mediante la consideración de ser aceptada mi inscripción por la Organización de **MOSQUITO TRAIL Series** a participar de la competencia y sus servicios, yo aquí acuerdo que: ni yo, ni ninguno de mis herederos, representantes personales o legales y miembros de mi familia, tomarán acciones legales o reclamos ya sea por enfermedad, heridas o muerte, resultado del desarrollo de las actividades de **MOSQUITO TRAIL Series**, ni de cualquiera de sus miembros, colaboradores, directores, agentes contratistas u organizaciones colaboradoras y patrocinadoras (*ni tampoco el proveedor de servicios o equipo que deberé usar en las actividades*) como resultado de mi participación en la actividad contratada. Yo aquí mismo libero a la organización de **MOSQUITO TRAIL Series**, sus miembros, colaboradores directores, agentes, contratistas y a todas sus organizaciones asociadas de y contra toda responsabilidad legal proviniendo de o conectado con mi participación en esta actividad, incluyendo cualquier responsabilidad legal por negligencia (*pero no por conducta descuidada, premeditada o fraudulenta*).

EJECUCIÓN VOLUNTARIA Y COMPRENDIDA: Yo he leído muy cuidadosamente, he comprendido completamente sus contenidos y aceptado las mismas. Que estoy advertido que esto es un **DESLINDE DE RESPONSABILIDAD** y un contrato entre mi persona y **MOSQUITO TRAIL Series** y/o sus organizaciones colaboradoras/patrocinadoras y firmo bajo mi absoluta y propia voluntad.

FIRMA DEL TITULAR: ACLARACIÓN: DNI:

No pudiendo presentar el Certificado Médico correspondiente exigido por la Organización por extravío del mismo, DECLARO BAJO JURAMENTO que he realizado los exámenes médicos solicitados, y que me encuentro en óptimas condiciones físicas para la competencia del día de la fecha.

FIRMA: ACLARACIÓN: DNI: