



CLUB CICLISTA CONIL

Manifestación de Parte sobre Estado Físico IV Cicloturista BTT Villa de Conil

Don/Doña _____

mayor de edad y titular del DNI núm. _____ por medio del presente escrito

y haciendo uso de mi derecho a no realizar un reconocimiento médico previo a la prueba a

celebrar en _____ (_____)

el día ____ de _____ de 2017, vengo a asumir las consecuencias que

sobre mi salud puedan derivarse de mi participación en dicha prueba, así como la aceptación

del Reglamento, eximiendo a Organizador y Federación de cualquier tipo de responsabilidad

que por tal motivo pueda derivarse.

En _____, a ____ de _____ de 2017

Fdo. _____

En caso de ser menor de edad, autorización por parte del padre, madre, tutor/a del participante:

Nombre: _____

DNI: _____

Fdo. _____
(Firma del padre, madre o tutor legal)