

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD COMPETICIONES MASTERS/AGUAS ABIERTAS

NOMBRE Y APELLIDOS:

DNI:

NOMBRE DEL CLUB:

Yo, el abajo firmante, con DNI. nº , de años de edad, manifiesto que estoy físicamente en forma y que el médico no me ha informado de lo contrario.

Reconozco que soy consciente de los riesgos inherentes a mi participación en las competiciones organizadas por la Federación Canaria de Natación, incluyendo la posible discapacidad o muerte, y estoy dispuesto a asumir los riesgos, comprometiéndome a no participar en aquellas competiciones en las que tanto la condición física como el estado de salud no sean los adecuados.

Asimismo, renuncio a todas las demandas por reclamación por pérdida o daño, de bienes o cosas, que puedan surgir de mi participación contra la entidad organizadora o contra cualquier persona que participe o colabore en los citados campeonatos y/o competiciones, estando obligado y de acuerdo en cumplir las normas establecidas por la Federación Canaria de Natación.

También declaro estar en posesión de un seguro médico válido en España, que cubra cualquier gasto médico, farmacéutico, hospitalario y traslado a mi residencia, que pueda tener lugar en relación con mi estancia en la sede de las competiciones que desarrolle la Federación Canaria de Natación y mi participación en las mismas.

Estoy conforme en acreditar, si para ello fuera requerido, lo anteriormente expuesto.

En....., a..... de..... de

Fdo.