



Trail Orixes Mondariz



D^o/D^a: _____, con DNI
n^om. _____, con domicilio _____
_____ e teléfono de contacto _____

Titular da patria potestade do meu fillo/a :

_____ de _____ anos de idade e con DNI n^om. _____.

Enfermidades ou alerxias: _____

AUTORÍZOLLE:

- A que formalice a inscrición para participar no Trail Orixe de Mondariz, distancia _____.
- A proba realizarase o día 06-05-2023, na localidade de Mondariz.
- Á organización, ante calquera enfermidade leve, lesión deportiva, así como nos traslados, a prestar a debida atención médica / sanitaria, polos médicos ou enfermeiros designados pola organización para atender estas situacións.

Á súa vez, DECLARO:

Que o autorizado sabe que debe aceptar as normas de seguridade e de comportamento que lle sexan indicadas polos responsables que a entidade disporá para a actividade, autorizando aos responsables a impoñer o seu criterio e eximíndos de toda responsabilidade en caso de calquera incidencia ou accidente producida durante a práctica da proba por non seguir as normas establecidas no regulamento e da organización e voluntarios, resaltando que os participantes menores de idade inscritos á proba deberán realizar **OBLIGATORIAMENTE** o percorrido curto do circuíto correspondente a súa idade.

Que lle foron administradas as vacunas que lle corresponden pola súa idade e que non padece enfermidade, alerxias, nin calquera outra limitación que lle impida participar con normalidad ás actividades programadas. Si houberse calquera enfermidade ou alerxia, debe ser indicado no punto superior habilitado para iso.

Para a distancia minitrail e andaina e obrigatorio que os menores vaian acompañados por un adulto.

Outorgada en _____, a _____ de _____ do 20__

Firma