Dº/Dª: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DNI núm.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e teléfono de contacto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titular da patria potestade do meufillo/a : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_anos de idade e con DNI núm .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Enfermidadesoualerxias:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AUTORÍZOLLE:

- A que formalice a inscrición para participar ITrail Orixes de Mondariz, con unhadistancia de 14km.

- A proba realizarase o día 11-11-2018, na localidade de Mondariz.

- Á organización, ante calqueraenfermidade leve, lesión deportiva, así como nos traslados, a prestar a debida atención médica / sanitaria, polos médicos ouenfermeiros 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 llesexan indicadas polos responsables que a entidadedisporá para a actividade, autorizando aos responsables a impoñer o seu criterio e eximindos de toda responsabilidade en caso de calquera incidencia ou accidente producida durante a práctica da proba, resaltando que os participantes menores de idade inscritos á proba deberán realizar OBLIGATORIAMENTE o percorrido curto do circuíto.

Que lleforon administradas as vacunas que lle corresponden polasúaidade e que non padece enfermidade, alerxias, nincalqueraoutra limitación que lle impida participar con normalidad ás actividades programadas. Si houbesecalqueraenfermidadeoualerxia, debe ser indicado no punto superior habilitado para iso.

Outorgada en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do 20\_\_

Firma