

XI RUTA BTT CIUDAD DE LA PALMA DEL CONDADO

Don:

Titular del D.N.I. nº _____ por medio del presente escrito y haciendo uso de mi derecho a no realizar un reconocimiento medico previo a la prueba a celebrar en La Palma del Condado el día 10 de Octubre de 2009 , vengo a asumir las consecuencias que sobre mi salud puedan derivarse de mi participación en dicha prueba , eximiendo a Organizador y Federación de cualquier tipo de responsabilidad que por tal motivo pueda derivarse .

En La Palma del Condado a 10 de Octubre de 2009

Fdo:

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

Nombre : _____

D.N.I. nº _____

Firma