



## CERTIFICADO DE LIBERACION DE RESPONSABILIDAD

Yo, \_\_\_\_\_, C.I., \_\_\_\_\_, Certifico la participación de: \_\_\_\_\_ y admito conocer todos los riesgos presentes en la actividad que se va a realizar, así como también los reglamentos que la rigen y por lo tanto exonero de toda responsabilidad a los organizadores durante y después del evento.

La competencia se realizará en el Centro Acuático Estadio Nacional, Ñuñoa. Santiago los días 24 y 25 de octubre de 2015.

*\*En caso de ser menor de edad, el firmante debe ser su tutor legal o representante, el cual debe ser mayor de edad.*

### DATOS GENERALES E INFORMACIÓN INDIVIDUAL

Nombre Deportista:			
C.I: Deportista:			
Especialidad Deportiva:	Apnea		
Fecha de Nacimiento:			
Sexo:	M	F	Edad:
En caso de emergencia avisar a:			
Teléfonos de contacto en caso de emergencia:			
Grupo Sanguíneo:			

#### FIRMA DEL DEPORTISTA Y TUTOR SI CORRESPONDE

NOMBRE DEPORTISTA : \_\_\_\_\_

C.I. DEPORTISTA : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y TIMBRE DELEGADO FEDESUB

Fecha: \_\_\_\_\_

**ESTE DOCUMENTO DEBE SER IMPRESO Y COMPLETADO EN SU TOTALIDAD Y ENTREGADO EL DÍA DE LA COMPETENCIA ANTES QUE EL DEPORTISTA REALIZA SU PRIMERA PRUEBA.**

**SI NO LLEVA ESTE DOCUMENTO COMO HA SIDO SEÑALADO ANTERIORMENTE, EL DEPORTISTA PERDERÁ SU DERECHO A COMPETIR.**