

DECLARO

YO,.....

CON D.N.I..... DECLARO QUE

BAJO. MI RESPONSABILIDAD , VOY A PARTICIPAR EN

LA COMPETICION DE.....,ORGANIZADA

POR LA AGRUPACION DEPORTIVA SALUD Y CULTURA

ASUMIENDO LA **NO REALIZACION DE UN SEGURO**

MEDICO NI DE UN RECONOCIMIENTO MEDICO QUE

VALORE MI ESTADO DE SALUD PARA LA PRACTICA

DEPORTIVA Y ACEPTANDO LA SUSCRIPCION DE UN

SEGURO DE ACIDENTES POR CUENTA PROPIA .

FECHA y FIRMA