



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA PARA CARRERAS DE CALLE

Certifico que:

DNI N°:, de..... años de edad, cuya historia clínica obra en mi poder, ha sido

Examinado clínicamente en el día de la fecha y al momento del examen no aparecen signos

de Dolencias y/o enfermedades que desaconsejen la realización de actividades físicas, y

Deportivas, que le impidan correr en carreras de calle de más de 5 km. Se emite el presente para ser presentado ante quién corresponda.

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma del Participante:

Aclaración:

DNI N°:

Firma y sello del Médico:

Aclaración:

Fecha:

Presentó Original:/...../.....



Declaración y deslinde de responsabilidad del participante

Yo, _____,

DNI N° _____, declaro que mi participación en la Maratón Sanatorio

Allende 2025 es libre, voluntaria y bajo mi exclusiva responsabilidad, reconociendo que la

misma implica riesgos inherentes a la actividad física intensa, incluyendo pero no

limitándose a caídas, golpes, lesiones musculares o articulares, deshidratación, síncope,

accidentes cardiovasculares o de cualquier otra naturaleza.

Declaro hallarme médicamente apto/a y adecuadamente entrenado/a para participar,

conforme el certificado médico que antecede.

Asimismo, libero expresa y definitivamente de toda responsabilidad civil, penal, contractual

o extracontractual a SANATORIO ALLENDE S.A., sus directivos, organizadores, personal

médico, voluntarios, auspiciantes y/o colaboradores, por cualquier daño físico o material que

pudiera sufrir antes, durante o después del evento, aun cuando derive de la atención médica

que pudiera prestarse en ocasión del mismo.

Autorizo expresamente a los organizadores al uso gratuito y sin límite temporal de mi

imagen, voz y nombre en fotografías, filmaciones, publicaciones o cualquier medio

audiovisual vinculado al evento, con fines informativos o promocionales.

Declaro haber leído, comprendido y aceptado íntegramente el presente deslinde.

Firma del participante: _____

Aclaración: _____

Fecha: _____

Este formulario tiene carácter de declaración jurada. La firma del participante implica el pleno conocimiento y aceptación de los riesgos que asume y constituye un instrumento liberatorio válido en los términos de los artículos 1710, 1719, 1721, 1757 y concordantes del Código Civil y Comercial de la Nación, quedando exenta de responsabilidad SANATORIO ALLENDE S.A. por los daños que pudieran derivarse de la participación en la competencia.