



TIGRES FÚTBOL CLUB S.A.

NIT. 806.004.636-6

RECONOCIMIENTO DE RIESGO Y EXONERACION DE RESPONSABILIDAD

Yo _____, mayor de edad identificado con cedula de ciudadanía No. _____, expedida en _____, actuando en mi propio nombre y/o en representación de mi hijo (a) _____, menor de edad, identificado (a) con Tarjeta de Identidad No. _____, en adelante **EL PARTICIPANTE**, en consideración de que se me permita participar en esta práctica de Fútbol Voluntaria, en adelante **LA ACTIVIDAD**, reconozco que hay riesgos y peligros potenciales, incluyendo el riesgo de daño físico, muerte y discapacidad o daño a mi propiedad personal, como resultados de participar o permitir que mi hijo (a) participe en **LA ACTIVIDAD**. Los riesgos incluyen pero no están limitados a accidentes de transporte, peligros relacionados con el clima y desastres naturales, enfermedades contagiosas, la posibilidad de resbalarse y caerse lo que podría resultar en rasguños, contusiones, esguinces, heridas en la piel, fracturas, conmociones cerebrales, o inclusive peligros severos de debilitamiento o pérdida de la vida.

EL PARTICIPANTE declara que está familiarizado y reconoce los riesgos derivados de **LA ACTIVIDAD** en la que decidió participar. **EL PARTICIPANTE** da fe que tiene la condición física suficiente para participar en **LA ACTIVIDAD** y que no se ha diagnosticado incapacidad alguna por personal médico calificado. **EL PARTICIPANTE** declara que es consiente que el Club Deportivo **TIGRES F.C. S.A.**, no lo asegura o protege contra riesgos, ni garantiza su acceso a los servicios de salud más allá de los primeros auxilios. También declara **EL PARTICIPANTE**, que a la fecha está afiliado a una **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (EPS)** que en caso de una eventualidad médica sufragará los costos generados por lesión y/o enfermedad; por lo que asume la responsabilidad por cualquier lesión o daño que pueda ocurrir durante el curso de **LA ACTIVIDAD**. Por este medio **EL PARTICIPANTE** autoriza cualquier tratamiento de primeros auxilios o médico que se considere necesario en caso de emergencia. Además, autoriza al médico tratante para que ejecute en su nombre cualquier formulario y otros documentos médicos adecuados.

EL PARTICIPANTE declara y reconoce que **LA ACTIVIDAD** no genera relación alguna con el **CLUB DEPORTIVO TIGRES F.C.** y que por tratarse de un acto voluntario, libre y espontáneo, puede terminar su participación en cualquier momento. En consecuencia, **EL PARTICIPANTE** exonera a **TIGRES FUTBOL CLUB S.A.**, NIT.806.004.636-6, de toda responsabilidad durante el periodo de prueba.

NOMBRE Y APELLIDOS (COMPLETOS) _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIA: _____

TELEFONO RESIDENCIA/MOVIL: _____

FIRMA DEL PARTICIPANTE: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD No. _____

FECHA: (BOGOTÁ, D.C.) _____

Dirección: Carrera 35 No. 54-37 Barrio Nicolás de Federmán - Bogotá

Teléfono: (1) 5483043 - 3124578006

e-mail: contacto@tigresfutbolclub.com