



CERTIFICADO MÉDICO

(Presentación obligatoria para retirar el número de corredor)

Apellido y nombre del corredor: _____

Domicilio: _____

Provincia: _____

Edad: _____

D.N.I: _____

Por la presente, certifico que _____
de _____ años, DNI _____, fue evaluado clínica y
cardiovascularmente y se le realizaron las pruebas
complementarias correspondientes.

**En función de la interpretación de los exámenes, se determina que no
posee patología que implique riesgo para realizar actividad deportiva de
alto rendimiento, tal como intervenir en la 18° edición de RALLY MTB STA
ROSA DE CALAMUCHITA , a disputarse el 7 de septiembre de 2025.**

Sello y firma del médico



DESLINDE DE RESPONSABILIDAD

(Presentación obligatoria para retirar el número de corredor)

ASOCIACIÓN CIVIL MTB SANTA ROSA
16 ° Rally MTB SANTA ROSA DE CALAMUCHITA
DESLINDE DE RESPONSABILIDAD
DECLARACIÓN JURADA

YO.....

DNI N°

Por la presente renuncio a indemnización por daños que pudiera sufrir durante el evento RALLY MTB STA ROSA DE CALAMUCHITA, y libero para siempre de toda responsabilidad civil, penal, y laboral etc., a la MUNICIPALIDAD DE SANTA ROSA DE CALAMUCHITA, a la ASOCIACION CIVIL MTB SANTA ROSA, a los funcionarios, patrocinadores, voluntarios y a cualquier persona que colabore con el evento, firma, asociación corporación que participe en dicho evento o esté ligada de alguna manera a dicho evento - 18 ° edición RALLY MTB SANTA ROSA DE CALAMUCHITA. Como, así también, la organización no se responsabiliza por la pérdida de equipos o efectos personales, antes, durante y después de la competencia a desarrollarse el domingo 7 de septiembre de 2025.

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
DNI