



DECLARACIÓN MEDICA Y
CERTIFICADO DE LIBERACION DE RESPONSABILIDAD

Yo, _____, C.I. _____, afirmo que me encuentro en optimas condiciones de medicas 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.

El torneo se realizará en la Feria PADI DIVE FESTIVAL CHILE 2016, ubicada en el Parque Bicentenario, Vitacura. Santiago el día 12 noviembre de 2016.

DATOS GENERALES E INFORMACIÓN INDIVIDUAL

Nombre Deportista:	
C.I: Deportista:	
Licencia de Apnea:	
Fecha de Nacimiento:	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Edad:	
En caso de emergencia avisar a:	
Teléfonos de contacto en caso de emergencia:	
Grupo Sanguíneo:	
Alergias:	
Consumo medicamentos, ¿Cuál?	
Enfermedad Crónica:	
Registro Apnea Estática (Min, seg.)	

El tiempo enunciado será considerado dentro del orden de salida. Si el deportista realiza un menor tiempo al enunciado será penalizado según indica reglamento y los tocas se realizaran 1 min, 30 seg. Antes de la marca enunciada y posterior a eso, se realizará el toque cada 15 segundos.

FIRMA DEPORTISTA

NOMBRE : _____

CEDULA IDENTIDAD : _____

FIRMA Y TIMBRE DELEGADO FEDESUB

Fecha: _____

ESTE DOCUMENTO DEBE SER IMPRESO Y COMPLETADO EN SU TOTALIDAD Y ENVIADO VIA CORREO ELECTRONICO.