



## CARTA RESPONSIVA

FECHA:

NOMBRE COMPLETO:  EDAD:

TEL. PARTICULAR:  CELULAR:

EMAIL:

CATEGORÍA:  EQUIPO:

Por medio del presente documento, en mi carácter de participante de la carrera denominada ICA Desert por efectuarse en el ejido Paredón, municipio de Ramos Arizpe en el estado de Coahuila de Zaragoza, declaro que:

He leído y cumpro con los requisitos para participar en el evento y me comprometo a respetar las instrucciones de los organizadores en todo momento antes, durante y después de la carrera que se llevará a cabo el domingo 11 de noviembre del 2018.

Estoy completamente consciente de que realizar actividades deportivas implica un riesgo de accidentes y/o lesiones. Doy fe de que me encuentro en excelentes condiciones físicas y puedo participar en todas las actividades físicas y deportivas relacionadas con la práctica del ciclismo en su modalidad de ciclismo de montaña; asimismo, dado que me están permitiendo participar en la carrera ICA Desert, estoy de acuerdo de asumir la completa responsabilidad y riesgo de cualquier lesión que pueda resultar de mi participación en dicho evento.

Adicionalmente, eximo, deslindo y estoy de acuerdo en no levantar ninguna demanda por ninguna causa a ninguno de los participantes, organizadores, autoridades, instructores, patrocinadores, staff, voluntarios o propietarios del predio donde se llevará a cabo el evento del ICA Desert; esto incluye a mi persona y mi familia, por cualquier daño, robo, lesión personal, muerte accidental o cualquier otra situación que pueda resultar de mi participación en éste evento (aunque esto haya podido ser causada por negligencia de alguna de las partes mencionadas en este párrafo en cualquier momento que haya sucedido).

He leído el documento y lo entiendo perfectamente; al firmarlo, estoy cediendo mis derechos legales relacionados con este evento.

Firma del Participante\* (sólo si es mayor de edad)

\* Firma igual a la firma de la identificación oficial

Nombre del Padre o Tutor:

(Sólo si el participante es menor de edad)

\* Firma igual a la firma de la identificación oficial

Firma\*:

En caso de emergencia llamar a:

Nombre:  Celular o teléfono:

Parentesco:

Servicio Médico:

IMSS  ISSTE  Magisterio:  Privado:  Especificar: \_\_\_\_\_

Otro  Especificar: \_\_\_\_\_ Compañía de SGMM: