

26 DE AGOSTO
- 9:30 HS -



2,5K 5K 10K



SANTA ROSA DE CALCHINES

SANTA FE ARGENTINA

DESLINDE DE RESPONSABILIDADES CALCHINES CROSS URBANO

26 DE AGOSTO DE 2018

Declaro estar médicamente apto y adecuadamente entrenado para participar de esta prueba. Aceptaré cualquier decisión de un oficial de la carrera relativa a mi capacidad de completar con seguridad la prueba. Asumo todos los riesgos asociados con participar en esta carrera incluyendo, pero no limitado a caídas; contacto con los participantes, las consecuencias del clima, incluyendo temperatura y/o humedad, tránsito vehicular y condiciones del camino, todos los riesgos conocidos y apreciados por mí.

Habiendo leído esta declaración y conociendo estos hechos y considerando su aceptación en participar en la carrera, yo, en mi nombre y el de cualquier persona que actúe en mi representación, libero a los organizadores de la prueba **CALCHINES CROSS URBANO**, voluntarios, empresa de cronometraje y Sponsors, sus representantes y sucesores de todo reclamo y responsabilidad, de cualquier tipo que surja de mi participación en este evento aunque esta responsabilidad pueda surgir por negligencia o culposidad de parte de las personas nombradas en esta declaración, así como de cualquier extravío, robo y/o hurto que pudiera sufrir. Entiendo que la organización podrá suspender o prorrogar fechas sin previo aviso, incluso incrementar o reducir la cantidad de inscripciones en función de las necesidades o la disponibilidad técnica o estructural. Acepto y entiendo el reglamento de este evento y cumpla bajo mi firma todos los requisitos básicos y obligatorios para el retiro del kit.

Al aceptar el reglamento tomo conocimiento y acepto voluntariamente el procedimiento de premiación y división de categorías. Comprendo que los talles de remeras y las pulseras o identificaciones de tiempo de largada, están sujetos al stock disponibles al momento del retiro del kit. Autorizo a la organización y Sponsors al uso de fotografías, películas, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro de este evento para cualquier uso legítimo, sin compensación económica alguna.

INFORMACIÓN OBLIGATORIA / MANDATORY FIELDS:

TELÉFONO PARA CONTACTO DE EMERGENCIA/EMERGENCY PHONE No.:

NOMBRE CONTACTO DE EMERGENCIA/EMERGENCY CONTACT PERSON:

NOMBRE Y APELLIDO/FULL NAME:

FECHA DE RETIRO DE KIT/PACKET PICK-UP DATE:

DNI/CI/PASSPORT:

Número de Dorsal/Bib

Number: FIRMA/SIGNATURE: