

## Manifestación de Parte sobre Estado Físico

---

Don/Doña \_\_\_\_\_

mayor de edad y titular del DNI núm. \_\_\_\_\_ por medio del presente escrito

y haciendo uso de mi derecho a no realizar un reconocimiento médico previo a la prueba a

celebrar en \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015, vengo a asumir las consecuencias que

sobre mi salud puedan derivarse de mi participación en dicha prueba, eximiendo a

Organizador y Federación de cualquier tipo de responsabilidad que por tal motivo pueda

derivarse.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015

Fdo. \_\_\_\_\_

En caso de ser menor de edad, autorización por parte del padre, madre, tutor/a del participante:

Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_  
(Firma del padre, madre o tutor legal)