

## DESLINDE DE RESPONSABILIDAD

Acepto que la Comuna de Cabalango y organizadores no se responsabilizan por lesiones, daños, pérdidas o perjuicios que pudieran producirse antes, durante y después del evento: **KILÓMETROS solidarios CABALANGO** a realizarse el 14/06/26 eximiéndolos de toda responsabilidad en relación a mi participación; como así también autorizo a los mismos a utilizar imágenes, fotografías o registros audiovisuales con fines de difusión de la actividad.

---

FIRMA DEL PARTICIPANTE

---

ACLARACIÓN

---

DNI

---

## APTO MÉDICO

Certifico que \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha, no existiendo dolencias y/o enfermedades que desaconsejen la realización de actividades físicas y deportivas que le impidan correr distancias superiores a 5km.

---

FIRMA DEL PARTICIPANTE

---

ACLARACIÓN

---

DNI

---

---

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

---

ACLARACIÓN

---

FECHA

---

## AUTORIZACIÓN PARA MENORES

Autorizo a mi hijo/a \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, a participar del evento: **KILÓMETROS solidarios CABALANGO** a realizarse el 14/06/26 en la localidad mencionada, como así también declaro que mi hijo/a goza de buena salud para participar de dicho evento.

---

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR

---

ACLARACIÓN

---

DNI