

DESLINDE DE RESPONSABILIDAD

CALA TRAIL NOCTURNO 2026

Yo, _____, DNI N° _____, con domicilio en _____, participante de la competencia denominada **CALA Trail Nocturno 2026**, declaro bajo juramento que:

1. Me encuentro en condiciones físicas, psíquicas y médicas aptas para participar en una competencia de Trail Running nocturno, habiendo realizado los controles médicos correspondientes bajo mi exclusiva responsabilidad.
2. Comprendo y acepto que este tipo de actividad deportiva se desarrolla en ambientes naturales y terrenos irregulares, pudiendo presentar desniveles, piedras, barro, pendientes, obstáculos naturales, baja visibilidad y condiciones climáticas variables, asumiendo plenamente los riesgos inherentes a la actividad.
3. Declaro conocer y aceptar el reglamento oficial del evento, comprometiéndome a respetar todas las normas de seguridad, indicaciones de la organización y señalización del circuito.
4. Asumo total responsabilidad por cualquier lesión, accidente, daño físico, psicológico o material que pudiera sufrir antes, durante o después de la competencia, deslindando de toda responsabilidad civil, penal o administrativa a:
 - ADVC Eventos CR
 - Calafate Rugby Club
 - Organizadores
 - Auspiciantes
 - Colaboradores
 - Voluntarios
 - Personal afectado al evento

por cualquier hecho derivado de mi participación en la competencia.

5. Declaro participar por voluntad propia y bajo mi exclusivo riesgo, aceptando que la organización podrá modificar recorridos, horarios o suspender la prueba por razones climáticas, de seguridad o fuerza mayor.
6. Me comprometo a utilizar durante toda la competencia los elementos de seguridad obligatorios establecidos por la organización, especialmente:
 - Linterna frontal en funcionamiento
 - Indumentaria reflectiva
 - Número de corredor visible
7. Autorizo expresamente a la organización a utilizar fotografías, videos y registros audiovisuales obtenidos durante el evento con fines promocionales, publicitarios y de difusión, sin derecho a compensación económica alguna.
8. En caso de emergencia médica, autorizo al personal sanitario y a la organización a realizar las asistencias necesarias, incluyendo traslados médicos si fueran requeridos.
9. Declaro que los datos brindados en la inscripción son verídicos y acepto íntegramente el presente deslinde de responsabilidad.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____

Fecha: ____ / ____ / 2026

Contacto de Emergencia: _____

