



NÚMERO: _____

COOPERATIVA AHORRO Y CRÉDITO MaunaCoop

Carrera 5 km 2da Edición

domingo, 13 de octubre de 2024

Hoja de Inscripción - Relevo de Responsabilidad

Completar en letra de molde *Edad para participar mayores de 18 años

Sexo: Edad: _____

Grupo o Club Especial
Empleado Coop

Categoría: Abierta Local

Femenino Masculino

Especial (Silla Rueda) Mayor de
Edad

Identificación: Licencia de Conducir # _____ Pasaporte # _____

Yo, _____, de _____ de edad, mayor / menor

estatus civil (soltero; casado y vecino de _____, Puerto Rico, por la presente y en pueblo nombre de _____ (si el participante es menor de 21 años o no sabe leer ni nombre de menor de edad participante

escribir) otorgo **Relevo de Responsabilidad a favor de MaunaCoop**, así como a todos aquellos auspiciadores, incluyendo el Municipio de Maunabo y/o Autoridad de Carreteras y/o las Agencias y/o Corporaciones Públicas, representantes, empleados u otros relacionados, Estado Libre Asociado y/o cualquier otra persona natural o jurídica, y/o auspiciador por cualquier daño que en forma negligente o intencional, dolosa, culposa, sufra, o pueda sufrir, se ocasione, sea recibido en durante y/o después, como resultado de mi participación en la Carrera 5KM, _____.

Autorizo/otorgo para que pueda utilizarse por MaunaCoop y/o Comité Organizador y/o cualquier persona natural o jurídica por esta delegada, mi imagen, fotos de, nombre, entre otros relacionados, con mi participación en las actividades organizadas por MaunaCoop y/o el Comité Organizador, ya para fines promocionales, redes o plataformas sociales, históricos u otros, sin compensación, pago o retribución económica alguna. Manifiesto conocer la premiación, categorías, requerimientos, la ruta, sus condiciones, y que me encuentro en perfecto estado de salud, tanto física como mental. Firmo la presente libre, voluntaria e inteligentemente, estando de acuerdo con el mismo, luego de leer como de entender el presente relevo.

Firma del Participante-Corredor Firma del Representante Pueblo Residencia Participante Teléfono Participante*

Emergencia Nombre a Llamar*

Fecha de Nacimiento (d/m/a)* Email Participante* Teléfono del Contacto de Emergencia*

Dirección Postal**: **Esta dirección debe estar clara ya que algunas premiaciones se

enviarán mediante correo postal.

*Esta información debe estar legible (clara) ya que pudiésemos llamarle para aclarar cualquier duda.

EXAMEN MÉDICO

Pulso/Presión: BP: P: SPO2: Observaciones:

Aprobado

No Aprobado **Firma Médico y # Licencia**

Rev. ago/2024