



5K "Día Mundial de la Lucha Contra el SIDA"

RELEVO DE RESPONSABILIDAD

FECHA: Domingo, 1 de diciembre de 2024

LUGAR: Estadio Centroamericano Paseo Litoral, Mayagüez PR

CRONOMETRAJE DE TIEMPO: Se utilizará un sistema electrónico para cronometrar el tiempo exacto de cada participante en la carrera. Se cotejará el mismo.

IMPORTANTE: No se permitirán participar atletas sancionados por uso de sustancias controladas.

AUTORIZACIÓN MENOR DE EDAD

Yo, _____, madre, padre o encargado, autorizó a mi hijo (a) _____ a participar del 5K "Día Mundial de la Lucha Contra el SIDA" de Migrant Health Center, Inc. y relevo de toda responsabilidad a Migrant Health Center Western Region, Inc., su personal, Administración Municipal de Mayagüez, Oficina de Recreación y Deportes del Municipio Autónomo de Mayagüez, al personal voluntario y auspiciadores por los daños (lesión) que pueda sufrir durante la participación de dicho evento (Continúa abajo).

LEGAL (lea cuidadosamente):

Relevo de Responsabilidad: **ASUMO TODOS LOS RIESGOS DE PARTICIPAR EN CUALQUIERA / TODAS LAS ACTIVIDADES** llevadas a cabo por Migrant Health Center Western Region, Inc., incluyendo a modo de ejemplo y sin limitación, cualquier riesgo que pueda surgir por negligencia o descuido por parte de las personas o entidades liberadas, por equipos o bienes peligrosos o defectuosos que sean de su propiedad, mantenidos o controlados por ellos, o por su posible responsabilidad sin culpa. CERTIFICO que estoy en buena condición física, que tengo suficiente preparación o capacitación para participar en esta competencia y que no he sido recomendado por un profesional médico cualificado para no participar. CERTIFICO que no hay motivos o problemas relacionados con la salud que impidan mi participación en esta actividad.

Reconozco que los titulares, patrocinadores y organizadores de la actividad en la que puedo participar utilizarán este Formulario de Relevo de Responsabilidad por accidente y exención de responsabilidad, y que regirá mis acciones y responsabilidades en dicha actividad. En consideración a mi solicitud y permitiéndome participar en esta actividad, por el presente tomo medidas para mí, mis ejecutores, administradores, herederos, parientes más próximos, sucesores asignando de la siguiente manera: (1) RENUNCIO, LIBERO Y DESCARGO de cualquier responsabilidad, incluida, entre otras, la responsabilidad derivada de la negligencia o culpa de las entidades o personas liberadas, por mi muerte, discapacidad, lesión personal, daño a la propiedad, robo de propiedad o acciones de cualquier tipo que



pueda ocurrir en el futuro, incluido mi viaje hacia y desde esta actividad, LAS SIGUIENTES ENTIDADES O PERSONAS: Migrant Health Center Western Region, Inc. y/o sus directores, funcionarios, empleados, voluntarios, representantes y agentes, y los titulares de actividades y patrocinadores; (2) INDEMNIZAR, CUMPLIR CON OBJETO Y PROMETER QUE NO LLEGARÁ a las entidades o personas mencionadas en este párrafo de todas las responsabilidades o reclamaciones hechas como resultado de la participación en esta actividad, ya sea causada por la negligencia de la liberación o de otra manera. Yo reconozco que Migrant Health Center Western Region, Inc. y sus directores, funcionarios, voluntarios, representantes y agentes NO son responsables de los errores, omisiones o actos de cualquier parte o entidad que realice una actividad específica en su nombre.

Reconozco que esta actividad puede involucrar una prueba de los límites físicos y mentales de una persona y conlleva la posibilidad de muerte, lesiones graves y pérdida de propiedad. Los riesgos incluyen, pero no se limitan a, aquellos causados por el terreno, las instalaciones, la temperatura, el clima, el estado de los participantes, el equipo, el tráfico de vehículos, la falta de hidratación y las acciones de otras personas, incluidos, entre otros, participantes y voluntarios, monitores, y/o productores de la actividad. Estos riesgos no solo son inherentes a los participantes, sino que también están presentes para los voluntarios. Por la presente, doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico, con cargo a mi persona, que pueda considerarse conveniente en caso de lesión, accidente y/o enfermedad durante esta actividad, con cargo a mi persona.

Entiendo que mientras participo en esta actividad, puedo ser fotografiado. Estoy de acuerdo en permitir que mi imagen, video o película sea utilizada para cualquier propósito legítimo por parte de los titulares de actividades, productores, patrocinadores, organizadores y cesionarios.

El relevo de responsabilidad y exención de responsabilidad de accidentes se interpretará de manera amplia para proporcionar una exención en la medida máxima permitida por la ley aplicable. CERTIFICO QUE HE LEÍDO ESTE DOCUMENTO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE SU CONTENIDO. SOY CONSCIENTE DE QUE ESTO ES UNA EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y UN CONTRATO Y LO FIRMO CON MI PROPIA Y LIBRE VOLUNTAD.

Cualquier diferencia que surja se intentará mediar la situación entre MHC y el participante en las oficinas de MHC. De no haber acuerdo se someten a la jurisdicción del Tribunal de Primera Instancia sala de Mayagüez, del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. El participante reconoce que firmó un relevé y pagará por los honorarios incurridos en representación legal y los gastos de MHC tanto para la mediación como para los tribunales.

Firmado por mí hoy _____ de _____ de 2024.

Firma del Participante /

Firma del Padre o Encargado

Gracias

