

REGISTRO DE EQUIPO

NOMBRE DEL EQUIPO _____ . NO FOLIO _____ .

CATEGORIA:

MIXTO (2 Competidores) _____ LIBRE (2 Competidores) _____ RELEVOS (3 Competidores) _____

LUGAR DE ORIGEN _____ .

Los integrantes del equipo para esta competencia son:

• Integrante 1 _____

Fecha de nacimiento _____

• Integrante 2 _____

Fecha de nacimiento _____

• Integrante 3 (solo Relevos) _____

Fecha de nacimiento _____

Cómo Participantes de la competencia, acepto los siguientes términos:

• He leído y aceptado el reglamento de la competencia.

• Estoy de acuerdo que en caso de abuso, cambio de persona, utilización de falsa identidad, etc.... El comité organizador

procederá a la descalificación del equipo.

Por lo antes mencionado me comprometo a que mi equipo se desempeñará a lo largo de la competencia respetando el

reglamento en su totalidad.

Lugar y fecha _____ .

Firma de los participantes: _____ .

CONVENIO DE PARTICIPACIÓN EN EL EVENTO DEPORTIVO DENOMINADO RACEXTREME TOUR MICHUACAN 2011 QUE CELEBRAN POR UNA PARTE SIN QUERER QUERIENDO S.A DE C.V (RACEXTREME) Y POR LA OTRA LAS PERSONAS FÍSICAS SIGUIENTES:

EQUIPO: _____ . LUGAR DE ORIGEN _____ .

CATEGORIA: _____ .

NOMBRE COMPLETO: (1) _____ .

Lugar y fecha de Nacimiento: _____

NOMBRE COMPLETO: (2) _____

Lugar y fecha de Nacimiento _____

NOMBRE COMPLETO: (3) _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____ .

DE AQUÍ EN ADELANTE "LOS COMPETIDORES" LOS CUALES NOS SUJETAMOS AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

DECLARACIONES

Los que suscriben la presente manifestamos nuestro entero conocimiento sobre el evento en el que participaremos, y estamos de acuerdo y conforme en las siguientes

CLÁUSULAS:

PRIMERA.- Los competidores sabemos, conocemos y estamos de acuerdo en que este tipo de eventos pueden o pudieran representar un riesgo para nuestra integridad física e inclusive representan un riesgo de perder la vida, por lo cual manifestamos que es nuestra entera voluntad participar en él, y no hemos sido de ninguna forma presionados o coaccionados para participar en el mismo.

SEGUNDA.- Los competidores estamos conscientes de que la Marca raceXtreme y sin querer queriendo S.A de C.V, son los organizadores del evento, por lo cual desde este momento los liberamos de cualquier tipo de responsabilidad Civil, Penal o cualquier otra a las mencionadas, raceXtreme, sin querer queriendo S.A de C.V así como a cualquier empleado, directivo, contratista o subcontratista de esta , ya que conocemos y entendemos los riesgos que existen al participar en este tipo de eventos.

TERCERA.- Los competidores manifestamos que a esta fecha, no presentamos ningún tipo de enfermedad diagnosticada o no, que pudiera poner en riesgo nuestra integridad física o nuestra vida por la participación en el presente evento. P/E Enfermedades Cardíacas, Enfermedades óseas, Enfermedades Visuales, Enfermedades Auditivas, Enfermedades Mentales etc.

CUARTA.- Los competidores manifestamos que a la fecha de firma de la presente y a la fecha de celebración del evento, nos encontramos libres de ingesta cualquier tipo de droga o medicamento prohibido por la lista de sustancias y métodos prohibidos por el comité olímpico internacional y el comité olímpico mexicano y que son:

- * Estimulantes.*
- * Narcóticos analgésicos*
- * Esteroides Anabólicos.*
- * Beta bloqueadores.*
- * Diuréticos.*
- * Hormonas.*

De igual forma manifestamos que a esta fecha, no nos encontramos consumiendo cualquier tipo de medicamento prescrito o no, que pudiera afectar nuestro sistema psicomotriz, incluyendo de forma enunciativa más no limitativa;

a) Antidepresivos.

b) Sedantes.

c) Estimulantes.

d) Ansiolíticos

Estamos de acuerdo y conscientes de que el comité organizador podrá antes, durante y después del evento y de forma discrecional, realizar las pruebas que a su juicio considere necesarias (p/e Antidoping, Pruebas Físicas etc.), para cerciorarse del estado físico de los competidores, aceptando estos que en caso de que se llegasen a detectar cualquiera de las sustancias prohibidas en el presente artículo será causa suficiente para que el o los competidores sean descalificados sin tener derecho a percibir parte del premio ofrecido por el comité organizador.

QUINTA.- Los competidores estamos de acuerdo en ceder gratuitamente y a partir de este momento a raceXtreme y sin querer queriendo S.A de C.V, cualquier imagen ya sea fotografía, video (análogo o Digital), o cualquier otro que permita la tecnología, en el cual aparezca nuestra imagen dentro de la competencia, renunciando desde este momento al pago de cualquier tipo de compensación por el uso, promoción o publicación de dichas imágenes en cualquier tipo de medio, ya sea escrito o electrónico, local o Internacional.

SEXTA.- Para la interpretación y cumplimiento de este convenio los competidores se someten expresamente a las leyes y tribunales del

Estado de Michoacán de Ocampo, renunciando a cualquier otro que por razones de domicilio u otras circunstancias pudiéramos invocar.

Una vez leído lo anterior, y conociendo su fuerza y alcance de Ley, Los competidores aceptan las condiciones expuestas en el presente convenio a los ____ del: _____ del 2010.

Lugar y fecha:

Nombre y firma:

Competidor 1

Competidor2

Competidor 3

CUESTIONARIO MÉDICO DEL COMPETIDOR
DATOS PERSONALES

Nombre completo: _____.

Dirección: _____

C.p. _____ Estado _____.

Teléfono _____.

E-mail _____

1.- ¿Tomas algún medicamento con frecuencia?
De ser así especifica las cantidades y el tipo de medicamento

_____.

2.- ¿Eres alérgico a un medicamento? De ser así menciona que tipo de medicamento.

_____.

3.- ¿Padeces algún otro tipo de alergia (gatos, polvo, abejas etc.)?

_____.

4.- ¿Has estado bajo algún tratamiento en los últimos 3 años?

_____.

5.- ¿Has sido sometido a algún tipo de cirugía en los últimos años. De ser así cual fue?

_____.

6.- ¿Cuál es tu tipo de sangre y factor RH?

_____.

7.- ¿Usas anteojos o lentes?

_____.

8.- ¿Si eres mujer podrías estar embarazada?

_____.

9.- ¿Te han diagnosticado o has tenido alguno de los siguientes síntomas?

- () Epilepsia () Sangre en la orina () Mononucleosis
() Visión borrosa () Tuberculosis () Nauseas/ Vómitos
() Mareos () Hipertiroidismo () Taquicardia
() Presión alta () Hepatitis () Hipotiroidismo
() Asma () Presión baja () Entumecimiento de brazos y piernas

En caso de emergencia contactar a:

Nombre
completo: _____.

Dirección: _____

Estado _____.

Teléfono: _____ Cel: _____.

Declaro que la información que he declarado es verídica y exacta, asumiendo toda la responsabilidad.

Fecha: / /

Firma _____.