



# **VERANO DE FÚTBOL**

## **CLÍNICAS DE FÚTBOL – CLUB DEPORTIVO BARBOSA**

### **RELEVO DE RESPONSABILIDADES Y COMPROMISO CON CLUB DEPORTIVO BARBOSA**

Enterado de las actividades del CLUB DEPORTIVO BARBOSA en las CLÍNICAS VERANO DE FÚTBOL, yo \_\_\_\_\_, padre, tutor o encargado de \_\_\_\_\_, por la presente doy mi consentimiento para que éste participe en el programa de clínicas de fútbol de verano durante el tiempo de su duración. Reconozco que hay riesgo de lesiones en la práctica del deporte del fútbol. Acepto esos riesgos y la responsabilidad personal por los daños que resulten de dichas lesiones, incluyendo incapacidad o muerte. Relevo y considero libre de responsabilidad al CLUB DEPORTIVO BARBOSA, a AMÍLCAR COLÓN PASCUAL, los directores y entrenadores por los daños o lesiones que pueda sufrir el participante como resultado de su participación en las actividades del CLUB DEPORTIVO BARBOSA. Declaro además, que el participante ha sido examinado por un médico y lo ha encontrado apto para este tipo de actividad atlética. Acepto que el participante sea tratado por un médico licenciado de ser necesario en caso de emergencia, sin previo consentimiento de mi parte, y acepto la responsabilidad económica por dicho tratamiento. Me comprometo a recoger al participante inmediatamente finalice su sesión y considero el CLUB DEPORTIVO BARBOSA, así como sus directores y entrenadores, libres de responsabilidad con el participante una vez finalizada la sesión diaria en la cual está matriculado. Entiendo una vez aceptada la inscripción del participante no habrá reembolso de dinero.

---

Firma

---

Fecha