FUNDACION SIN LIMITES A LA INCLUSION

AUTORIZACIÓN DEL PADRE /MADRE O ACUDIENTE

Yo _____ identificado con cedula de ciudadanía número _____ de _____ autorizo participar A _____ identificado con _____,de ahora en adelante y hasta que yo indique lo contrario en eventos y actividades programadas o apoyadas por la Fundación Sin Limites a la Inclusion.

Garantizo que el participante esta física y mentalmente apto para participar en estos eventos. Además represento y garantizo, con mi aprobación, que un profesional médico autorizado ha revisado la información de salud y ha certificado, basado en un examen médico independiente, que no hay evidencia médica que excluya al participante de hacer parte en las actividades de la Fundacion.

Autorizo al equipo designado por la Fundacion Sin Limites a la Inclusion para que en caso de lesión o emergencia lleven a cabo cualquier cirugía o tratamiento si lo consideran necesario. El cuerpo médico, directivos, empleados, entrenadores y voluntarios de la Fundacion Sin Limites a la Inclusion están libres y exonerados de cualquier reclamo o demanda, por razón de cualquier lesión enfermedad o daño a persona alguna durante los entrenamientos y eventos especiales o en su traslado a cumplir con las actividades programadas y previamente informadas a los Padres de Familia o Cuidadores. Por la presente doy permiso a grabar la imagen y/o voz de mi hijo para su uso en la televisión, películas, radio o material para mejorar los objetivos de la Fundacion Sin Limites a la Inclucion por esta o terceros. Estoy de acuerdo en que el atleta en mención y yo estamos legalmente comprometidos con lo anteriormente expuesto.

_____

Firma y Cedula del Padre o Tutor.

POR FAVOR DILIGENCIAR ESTE FORMATO CON LETRA CLARA Y LEGIBLE.

FOTO

DATOS DE INTERES DEL PARTICIPANTE

Nombres:_____

Apellidos:_____

Edad:_____

Grupo Sanguineo:_____

EPS:_____

Talla Camisa:_____

Talla Pantalon:_____

Talla Calzado:_____

Peso:_____, **Altura**_____

Documento de Identidad:_____

Fecha de Nacimiento:_____

Lugar de Nacimiento:_____

Celular:_____

Direccion:_____

Municipio:_____

Colegio o Institucion a la que pertenece:_____

_____

Fundación Sin Límites
a la inclusión

Programa al cual pertenece en Sin Limites	____ Espacios Pedagógicos	___ Convenio Alcaldía
	____ Atletismo	___ Futbol Para Todos

Medicamentos:
En caso de utilizar medicamentos por favor indique Nombre, Dosis, Intervalo

Medicamento	Dosis	Intervalo

Recomendaciones o informacion que usted crea que el equipo interdidiplinario deba saber de su hijo, hija o personas a su cuidado:_____
_____
_____
_____
_____
_____

Certifico como Padre de Familia o Cuidador de _____, que no tiene ningún impedimento de indole física para su participacion en la Fundacion Sin Limites a la Inclusion y que le puedan acarrear problemas de Salud durante la ejecucion o desarrollo de las Actividades.

_____
Firma y Cedula del Padre o Tutor.

Es de carácter obligatorio llenar todos los espacios he ir firmado por un Notario.

POR FAVOR DIGENCIAR ESTE FORMATO CON LETRA CLARA Y LEGIBLE.