

## **AUTORIZACION PARA PARTICIPAR EN TORNEO DE FUTBOL**

Por medio del presente, en mi carácter de padre / madre / tutor (tachar lo que no corresponda) del/la menor \_\_\_\_\_, D.N.I. N° \_\_\_\_\_ nacido/a el día \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, doy mi autorización para que participe de la **SANTA TERESITA CUP 2025**, como integrante del equipo \_\_\_\_\_, bajo mi exclusiva responsabilidad, y reconociendo y aceptando expresamente el reglamento del torneo, el cual declaro haber leído, aceptado, y explicado al menor para su respeto y cumplimiento.

Declaro que en forma previa a la firma de la presente autorización, el/la menor ha sido revisado por un médico y el menor se encuentra apto para la realización de actividad física sin que ello entrañe un riesgo para su salud.

Asimismo, declaro que he completado la ficha medica on line y que el/la menor no se encuentra padeciendo ni padece procesos inflamatorios o infecciosos, diabetes, hemofilia, cardiopatías congénitas o infecciosas, hernias, problemas renales, hepatitis (60 días), sarampión (30 días), parotiditis (30 días), mononucleosis infecciosa (30 días), fiebre reumática (30 días), fracturas, esguinces, luxaciones, traumatismos (60días), patologías posturales y/o respiratorias. En caso de que con posterioridad a la firma del presente el/la menor desarrolle alguna de estas patologías o lesiones, o cualquier factor o situación que limiten total o parcialmente su capacidad para la actividad, acepto que el mismo no podrá participar de la práctica deportiva y lo comunicaré al torneo de inmediato por escrito.

**DECLARO CONOCER LOS RIESGOS QUE IMPLICA PARTICIPAR EN UN PARTIDO DE FUTBOL Y NO CONOCER, A LA FECHA, NINGÚN IMPEDIMENTO ORGÁNICO FUNCIONAL, FÍSICO O PSÍQUICO CONGÉNITO O PATOLÓGICO PARA QUE EL/ELLA REALICE PRÁCTICAS PROPIAS DE LA ACTIVIDAD.**

En caso de emergencia médica, declaro que el/la menor SI / NO (tachar lo que no corresponde) cuenta con cobertura médica privada. En caso afirmativo, indicar a continuación los datos de la cobertura:

Nombre de empresa de medicina prepaga, obra social o asistencia al viajero:

\_\_\_\_\_ .

N° de afiliado:\_\_\_\_\_.

Teléfono de la cobertura en caso de emergencia médica: \_\_\_\_\_ .

**ADEMÁS, AUTORIZO EN CASO DE EMERGENCIA EL TRASLADO AL CENTRO MEDICO MÁS CERCANO.**

- Avisar a: Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_
- Tel.: \_\_\_\_\_

Por otra parte, autorizo la publicación y difusión de materiales audiovisuales del menor, ya sea en formato fotográfico o de video, en distintas plataformas, redes sociales y/o en la página web del torneo.

Asimismo declaro que libero a la organizadora del torneo y a todas las personas que de alguna manera participen en la organización de los partidos en cuestión, y renuncio expresamente a cualquier reclamo de daños y perjuicios como consecuencia de accidentes y/o responsabilidad de orden civil que pudiera sufrir como consecuencia con su participación deportiva.

Firma Padre – Madre – Tutor: \_\_\_\_\_  
(Tachar lo que no corresponde)

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_