

# HOJA DE DESCARGA VOLUNTARIA DE RESPONSABILIDADES Y ACEPTACIÓN DE RIESGO

ACTIVIDAD A REALIZAR: **TALLER DE REPARACIÓN DE BICICLETAS. 1, 2 Y 3 DE JULIO DE 2019.**

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_

Nº DNI / NIE / Pasaporte

Fecha de Nacimiento

Domicilio

Teléfono de contacto

***Por favor lea con mucho cuidado este documento, escriba su nombre y estampe su firma al final del mismo.***

Yo, \_\_\_\_\_ entiendo y acepto que los organizadores, monitores voluntarios o mandatarios (de ahora en adelante "las partes descargadas de responsabilidades") no pueden ser considerados como responsables de ninguna manera en caso de herida, lesión física o psicológica, muerte, u otros daños en lo que me concierne, o a lo que concierne mi familia, herederos o mandatarios, el cual pueda darse como resultado por la participación de mi persona o asistencia en esta actividad, por responsabilidad de cualquier uso indebido de material o producto, así como por la negligencia de mi persona u otra persona participante en la actividad, incluyendo las partes descargadas de responsabilidades que sean activas o pasivas.

Certifico que por el monitor que dirige la actividad previamente al inicio de la actividad se han explicado de forma clara y comprensible el desarrollo de la actividad, así como las pautas y directrices oportunas para garantizar la seguridad de la actividad, entendiéndolo y aceptando por mi parte los diferentes riesgos que entraña participar en la misma.

Certifico que mi persona se encuentra en buen estado mental y buena salud física, la cual es adecuada para este evento, que no estoy bajo la influencia del alcohol, tampoco bajo la influencia de droga cualquiera que son contradictorias con mi declaración.

Por la presente autorizo  SI  NO autorizo y doy mi consentimiento al Área de Servicios Sociales para que use las fotografías o videos que se realicen en la ejecución de este proyecto y cualquier fotografía en la que aparezca. Estos videos y fotografías pueden ser utilizados por el Área de Servicios Sociales de la Comarca Alto Gállego para la producción de material informativo y/o divulgativo de los proyectos que ejecuten, incluyendo su publicación en las páginas web de la Comarca. Así mismo me doy por avisado que en el momento que yo considere, por escrito, puedo revocar la presente autorización.

Si estoy tomando medicamentos, certifico que consulté con un médico y que tengo su aprobación para participar en esta actividad, mientras esté bajo la influencia de la medicina o medicamentos.

Firma del Participante y Fecha

Sabiñanigo (Huesca), a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

## **Autorización de asistencia para Menores de edad.**

Yo \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_, padre/madre o tutor legal del participante, he leído detenidamente los términos que en este documento se exponen, y certifico mi pleno consentimiento con los mismos.

Firma de mis padres o tutores legales Fecha

Sabiñanigo (Huesca), a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.