



COMPROMISO DE RESPONSABILIDAD

Apellido/Nombre:

Fecha de nacimiento: (d)...../(m)...../(a).....

Equipo:

- 1.- **MANIFESTACIÓN.** En mi calidad de participante del campeonato europeo de Maxibásquetbol, conociendo los riesgos de la competencia, por este medio y en este acto manifiesto ser el único responsable por cualquier daño material o moral, lesiones, incapacidad permanente o parcial que sufriera, incluyendo mi muerte y las pérdidas o daños causados por mi participación en el torneo, atento a mi expreso deseo de participar en este campeonato y a mi aptitud física para la práctica deportiva, certificada por médico. Expresamente manifiesto mi responsabilidad por los daños expresados, actuales o futuros, con alcance a mis herederos, ejecutores, administradores y apoderados.
- 2.- **AUTORIZACIÓN DE IMAGEN.** Autorizo expresamente al Comité Organizador, a FIMBA, a los entes asociados y a sus licenciarios, el derecho incondicional al uso, registro, publicación y difusión: digital, por Internet, televisiva y/o radial y cualquier otro medio de uso o medio comunicacional, publicidad, documentación visual, material promocional, merchandising, o cobertura cinematográfica de cualquier tipo, por mi participación en el torneo, como asimismo el uso de mi nombre, apariencia, voz y biografía, sin compensación alguna para mi persona. Renuncio asimismo al derecho a inspeccionar y/o aprobar el producto y/o la copia que pueda ser usada o el uso al cual pueda ser aplicado.
- 3.- **OBSERVACIÓN DE LAS REGLAS.** Manifiesto expresamente que conozco y entiendo cada una de las Reglamentaciones y Reglas emanadas de FIMBA y que cumpliré y obedeceré los reglamentos de la categoría y del campeonato y las instrucciones escritas y no escritas dadas por el personal del campeonato. Acepto expresamente que en caso de incumplimiento pueda ser descalificado/a y/o expulsado/a del torneo.
- 4.- **EDAD.** Manifiesto expresamente conocer que los jugadores/as del presente campeonato deben cumplir la edad correspondiente a cada categoría antes o durante el presente año calendario. Acepto que se me solicite la prueba de mi edad cuando sea necesario comprometiéndome a proporcionarla.
- 5.- **DECLARACIÓN DE ESTADO FÍSICO Y SALUD.** En mi calidad de jugador/a de la categoría Maxibásquetbol declaro estar en condiciones físicas, psíquicas y de salud adecuadas para participar y competir en este torneo al que me he registrado voluntariamente. Declaro que poseo una certificación de Aptitud Física emitida por un médico en los últimos seis meses, asumiendo toda la responsabilidad en caso de ser defectuosa o haber falseado los datos o la certificación. Declaro asimismo que estoy en conocimiento de todos los riesgos inherentes al entrenamiento y competencia de la categoría y que acepto mi responsabilidad personal por cualquier herida, lesión, accidente o enfermedad, incluyendo la posible incapacidad parcial o permanente y/o muerte, que yo pueda sufrir durante estas competencias. Declaro conocer las temperaturas de la región y voluntariamente decido competir en este torneo.
- 6.- **COVID-19.** Ante las circunstancias pandémicas y la obligación de respetar las normas y protocolos establecidos en el país, así como las fijadas por el Comité Organizador y FIMBA para este evento, declaro bajo juramento que no he tenido COVID-19 en los últimos 7 días. Declaro conocer las consecuencias del incumplimiento y de los protocolos de protección contra el coronavirus de este torneo los que me comprometo a cumplir y respetar, asumiendo toda la responsabilidad por los daños y perjuicios causados al torneo en caso de no cumplirlos, falsear los datos o infringir lo solicitado por el organizador.
Estado frente al COVID-19. Manifiesto haber cumplido con las normas nacionales respecto a este tema y manifiesto expresamente que en caso de presentar síntomas informaré al Comité Organizador comprometiéndome a hospitalarme donde se me indique, a mi costo. En caso de contraer la enfermedad acepto expresamente ser aislado dejando de participar en el campeonato. Si uno de mis contactos estrechos adquiriera el virus me comprometo a aislarme por el término que establezca la normativa local. A todos los efectos declaro más abajo mi dirección en la ciudad. Manifiesto que todos los costos que resultaren o se deriven de mi condición ante el COVID-19 son a mi exclusivo cargo y de mi exclusiva responsabilidad.

7.- **AUTORIZACION MÉDICA.** En el caso que sufra heridas o lesiones mientras participo en las competencias, autorizo al personal médico a realizarme y administrarme atención médica de emergencia y no emergencia, las que dejo a la absoluta discreción de los profesionales que estimen recomendable o necesaria. Por este acto eximo al personal de atención médica de cualquier reclamo, daños y responsabilidad que sucedan por actos u omisiones en conexión con la prestación de tratamientos médicos de emergencia y no emergencia a mi persona. En virtud de ser responsable por el pago de una cobertura médica que incluye transporte, costos, honorarios y otros servicios médicos, manifiesto que no es responsable el Organizador del presente torneo por los daños, lesiones o consecuencias de salud que sufriera.

8.- **INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD:** Por favor responda SI o NO a cada una de las siguientes preguntas. Por cada respuesta contestada **SI**, explique y provea los detalles e informe si ha sido medicamente recomendado o le han prohibido practicar deporte.

Ha sido Ud. tratado o diagnosticado, o haber sido recomendado un tratamiento en los últimos cinco (5) años de lo siguiente:

1. Problemas del corazón o enfermedad de las arterias como un ataque cardíaco, derrame cerebral, aneurisma, arteriosclerosis, dolor de pecho, fiebre reumática o soplo en el corazón NO SI

2. ¿Hipertensión? NO SI

3. ¿Problemas músculo esqueléticos o problemas neuromusculares? NO SI

4. ¿Problemas de alcohol o abuso de sustancias, trastornos mentales o nerviosos? NO SI

5. ¿Diabetes u otros problemas endócrinos? NO SI

6. ¿Está tomando alguna medicación? (excepto antibióticos o contraceptivos) NO SI
Informe cual medicación.....

7. ¿Ha ganado o perdido más de 10 kilos en el último año? NO SI Ganado___ Perdido___

8. ¿Ha estado internado o a tenido alguna cirugía en los últimos cinco (5) años? NO SI

9. ¿Es alérgico a alguna medicación? NO SI A cuál.....

10. ¿Esta usted embarazada? NO SI

11. ¿Tiene alguna condición médica que no haya sido expuesta más arriba?
.....

Certifico que he leído, entendido y renunciado a ciertos derechos que son consecuencia de mi exclusiva responsabilidad, que lo informado es fiel y exacto y que me atenderé a los términos dichos y condiciones establecidos en el presente, firmando este documento voluntariamente. Reconozco las leyes de este país y acuerdo someterme con expresa renuncia a cualquier otro fuero o jurisdicción a la Corte de Arbitraje Deportivo Internacional (CADI).

Mi domicilio durante el campeonato es en:

Málaga (d)...../ junio /2022

Firma: