



# CARRERA ATLETICA 5 KM. "69 ANIVERSARIO"

Numero corredor: \_\_\_\_\_

FECHA INSCRIPCION: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

PADECE ALGUNA ENFERMEDAD: \_\_\_\_\_ ALERGIA: \_\_\_\_\_

EN CASO DE ACCIDENTE COMUNICARSE CON: \_\_\_\_\_

RAMA:

VARONIL

FEMENIL

**RESPONSIVA:** En pleno uso de mis facultades con mi firma declaro estar sano y apto para participar en el evento, reconozco los riesgos inherentes a la práctica deportiva, por lo que voluntariamente y con conocimiento pleno de esto, acepto y asumo la responsabilidad de mi integridad física y libero de toda responsabilidad a la Universidad Regional Miguel Hidalgo y al Comité organizador.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA

FIRMA DEL PADRE O TUTOR EN CASO DE SER MENOR DE EDAD