

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombres:		Apellidos:					
Tipo de Documento: (Marque con una X)	CC	CE		Otro, Cual:			
N° de Documento:		Expedido en:					
Fecha de Nacimiento:		N° Celular:					
Dirección Residencia:		Ciudad:					
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:							
Tipo de Representante Legal: (Marque con una X)	Padre		Madre		Tutor		Cuidador

Manifiesto que he sido informado de las características, lineamientos, norma reglamentaria, reglamentos técnicos, boletines técnicos y recomendaciones de cada actividad en la cual participa y permito que el menor de edad a mi cargo participe en su ejecución y asimismo, que durante la participación del menor en la segunda válida de la COPA TALENTOS SISTECREDITO 2024, pueden surgir circunstancias inesperadas, imprevistos, inconvenientes propios o asociados a las actividades, incluyendo, pero no limitando a lesiones, caídas, contusiones, cortadas y otros accidentes, enfermedades generales, específicas y de tipo contagioso, infecciones, secuelas presentes o futuras derivadas de cualquier incidente que afecten su salud e integridad física por su conducta y actuación, por el contacto con otros participantes o con elementos utilizados en las actividades o presentes en las mismas, por las condiciones climáticas y, que asumo todos los riesgos y contingencias asociadas a la ocurrencia de estas o de circunstancias de fuerza mayor no previsible, entre ellas: desastres naturales, alteraciones de orden público, asonada, actos de terrorismo o vandalismo, sedición o revuelta, acciones delincuenciales, muerte súbita, así mismo, por el consumo de alimentos y bebidas, y en general todo riesgo y demás eventualidades no previsible ni controlables que se puedan presentar en desarrollo de las actividades derivadas o asociadas con estas que manifiesto son conocidas y acepto cualquier responsabilidad por los daños que se pueda causar directa o indirectamente al menor. En caso de lesión, accidente o urgencia médica, doy mi consentimiento para que se realicen los procedimientos invasivos y/o necesarios en aras de proteger la integridad física, de salud y vida del deportista menor de edad.

Así mismo, certifico que el menor se encuentra afiliado y activo a una entidad promotora de salud del Sistema de Seguridad Integral en Salud en el régimen contributivo o subsidiado y se encuentra en condiciones médicas, psicológicas, sociales y entrenado para participar.

Libero de toda responsabilidad al personal de salud y técnico de los entes deportivos, del deporte asociado, de las instituciones educativas y de la Liga de Ciclismo de Antioquia, ante el evento de ser diagnosticado con Coronavirus Covid-19, pues entiendo que su contagio pudo ser en cualquier momento, y en cualquier espacio.

Acepto que el menor de edad debe cumplir las normas y protocolos de bioseguridad establecidos por el Ministerio de Salud y de Protección Social, el Ministerio de Educación, el Ministerio del Deporte, las federaciones deportivas nacionales y los establecidos por las Gobernaciones y Alcaldías, secretarías de salud, secretarías de gobierno, instituciones educativas y entes deportivos para la prevención, contención y mitigación de los riesgos presentes, para la protección de todos y cada uno de los vinculados de la primera válida de la COPA TALENTOS SISTECREDITO 2024 y de mi familia.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios masivos de comunicación y redes sociales, así como en la página web de La liga de Ciclismo de Antioquia con el fin de promover los derechos de imágenes durante los eventos primera válida de la COPA TALENTOS SISTECREDITO 2024.

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona en el siguiente cuadro para participar en las fases de competencias de la primera válida de la COPA TALENTOS SISTECREDITO 2024 en cumplimiento de la norma reglamentaria 2022, así como los reglamentos técnicos por deporte y boletines técnicos, aceptando cualquier decisión de la organización en las diferentes fases sobre su participación

Nombre deportista:			Apellidos deportista:		
Tipo de Documento:(Marque con una X)	T.I	Pasaporte	Registro Civil	¿Otro, Cual?	
N° de Documento:			Expedido en:		
Fecha de Nacimiento:			N° de Celular:		
Dirección residencia:			Ciudad:		
Correo electrónico:					
Departamento residencia:					

Es mi deber como responsable del menor de edad informar si presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, el cual se describe a continuación:

--

En caso de emergencia, si el representante legal registrado en el presente documento no llegare a contestar el número celular anteriormente indicado, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos.

No	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NÚMERO CELULAR DE CONTACTO
1			
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación del deportista en la primera válida de la COPA TALENTOS SISTECREDITO 2024, así mismo, en mi nombre y actuando en representación del deportista, libero a los organizadores, LIGA DE CICLISMO DE ANTIOQUIA, aliados y sucesores, de todo reclamo o responsabilidad de carácter civil, legal o penal que surja de la participación en las actividades, así como de cualquier incidente, percance, contratiempo, daño, accidente, lesión, perjuicio o hurto que pudieren sufrir y/o padecer el menor de edad o su acompañante, o en las cosas a su cargo o a cargo del menor representado, lo cual incluye aquellos acontecimientos constitutivos de responsabilidad civil extracontractual como consecuencia directa o indirecta de los hechos derivados por la estadía, participación durante el desarrollo de las actividades, por negligencia, desatención, olvido, omisión, acción, irresponsabilidad u otra circunstancia, desistiendo de presentar

reclamaciones judiciales o extrajudiciales por los mismos, en virtud de lo establecido en las normas vigentes aplicables.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía de que he leído o me han leído en su totalidad el presente documento, comprendo perfectamente su contenido y estoy en acuerdo con la participación del menor de edad:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD	HUELLA
FIRMA:	
NOMBRES Y APELLIDOS:	
TIPO DE DOCUMENTO	
NÚMERO DOCUMENTO	
FECHA Y CIUDAD:	

*si al menor lo representa una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor.