

**CLUB ATLÉTICO VALLADOLID.
RESPONSIVA MÉDICA - AUTORIZACIÓN.**

Morelia Michoacán. A _____ de _____ de 202____.

**Club Atlético Valladolid
Presente.**

Yo:

NOMBRE DEL JUGADOR: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

ALERGIAS: _____

Declaró que me encuentro apto física y mentalmente para realizar actividad física de alto rendimiento. Entiendo y comprendo los riesgos propios de la práctica del futbol como un deporte de pelota y de contacto. Quedando bajo mi total responsabilidad cualquier lesión y/o problema físico y mental que ocurra durante mi estancia en los entrenamientos, partidos, actividades físicas y demás actividades derivadas de la participación en la categoría: _____ del club Atlético Valladolid. Liberando de toda responsabilidad a los entrenadores, preparadores físicos, médicos y fisioterapeutas, así como a su directiva de dicho club.

Declaro bajo protesta que todo lo antes escrito es fidedigno.

_____.

Atte. Nombre y firma del jugador.

NOTA: En caso de ser menor de edad esta responsiva deberá ser autorizada (firmada) por el padre o tutor del jugador. Anexando una copia de la credencial de elector o pasaporte del mismo.

_____.

Nombre y firma del padre o tutor.