

## CARTA RESPONSIVA

### A QUIEN CORRESPONDA:

Por medio de la presente, yo, \_\_\_\_\_, identificado con INE, pasaporte, etc , manifiesto que:

1. **Participación** **voluntaria:**  
Declaro mi interés y consentimiento para participar en el evento deportivo denominado "**Black Experience**", que se llevará a cabo los días **6 y 7 de diciembre de 2025**, en el **Estadio Hugo Sánchez**. Reconozco que la participación es completamente voluntaria y que he sido informado/a de los riesgos inherentes a las actividades físicas intensas, propias de la disciplina.
2. **Aceptación** **de** **riesgos:**  
Soy consciente de que este evento implica actividades físicas de alto impacto, que pueden conllevar riesgos como lesiones musculares, fracturas, esguinces, entre otros. Asumo toda responsabilidad por mi salud y bienestar durante el evento.
3. **Condiciones** **médicas:**  
Confirmó que gozo de buena salud y que he realizado los chequeos médicos pertinentes para garantizar mi aptitud física para participar en esta actividad. En caso de padecer alguna enfermedad, patología o lesión hacémosla saber.
4. **Exoneración** **de** **responsabilidad:**  
Libero de cualquier responsabilidad legal a los organizadores del evento, patrocinadores, entrenadores, voluntarios y al lugar sede, por cualquier daño físico, material o moral que pudiera ocurrir durante mi participación en el evento.
5. **Compromiso** **de** **conducta:**  
Me comprometo a seguir todas las indicaciones proporcionadas por los organizadores y a respetar las normas de seguridad establecidas.
6. **Autorización** **de** **uso** **de** **imagen:**  
Autorizo el uso de mi imagen para fines promocionales, incluyendo fotografías y videos tomados durante el evento, sin exigir compensación alguna.

Organización Black Experience 2025

Nombre contacto emergencia \_\_\_\_\_ Tel  
emergencia: \_\_\_\_\_

Enfermedad, patología o lesión: \_\_\_\_\_

Firma del participante: \_\_\_\_\_

### En caso de ser menor de edad:

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Relación con el participante: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_