

LA VILLA
Bike Race



Villa General
Belgrano
La villa que queremos

CERTIFICADO MÉDICO

(Presentación obligatoria para retirar el número de corredor)

Apellido y nombre del corredor: _____

Domicilio: _____

Provincia: _____

Edad: _____

D.N.I: _____

Por la presente, certifico que _____ de _____ años, DNI _____, fue evaluado clínica y cardiovascularmente y se le realizaron las pruebas complementarias correspondientes.

En función de la interpretación de los exámenes, se determina que no posee patología que implique riesgo para realizar actividad deportiva de alto rendimiento, tal como intervenir en la 2º edición de La Villa Bike Race, a disputarse el 1 de marzo de 2026.

Sello y firma del médico



DESLINDE DE RESPONSABILIDAD

(Presentación obligatoria para retirar el número de corredor)

ASOCIACIÓN CIVIL MTB SANTA ROSA

2° Edición de La Villa Bike Race

DESLINDE DE RESPONSABILIDAD

DECLARACIÓN JURADA

YO.....

DNI N°.....

Por la presente renuncio a indemnización por daños que pudiera sufrir durante el evento LA VILLA BIKE RACE, y libero para siempre de toda responsabilidad civil, penal, y laboral etc., a la MUNICIPALIDAD DE VILLA GENERAL BELGRANO, a la ASOCIACION CIVIL MTB SANTA ROSA, a los funcionarios, patrocinadores, voluntarios y a cualquier persona que colabore con el evento, firma, asociación corporación que participe en dicho evento o esté ligada de alguna manera a dicho evento - 2° edición de La Villa Bike Race. Como así también, la organización no se responsabiliza por la pérdida de equipos o efectos personales, antes, durante y después de la competencia a desarrollarse el domingo 1 de marzo de 2026.

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
DNI