**AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD EN ACTIVIDADES DEPORTIVAS**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **[Nombre Completo del Padre/Madre/Tutor Legal]**, con DNI Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **[Número de Documento]**, en mi carácter de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **[Padre/Madre/Tutor Legal]** del menor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **[Nombre Completo del Menor]**, con fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **[dd/mm/aaaa]**, autorizo a mi hijo/hija a participar en las siguientes actividades deportivas organizadas por a **Lagos de Buenos Aires**:

* Carreras de Aguas Abiertas
* Aquatlón
* Running
* Trail Running
* Triatlón
* Duatlón
* Otras actividades o pruebas combinadas de carácter deportivo

**DECLARACIONES Y ACEPTACIONES**:

1. **Estado de Salud**: Declaro que el menor **[Nombre Completo del Menor]** se encuentra en condiciones físicas adecuadas para participar en las actividades mencionadas, y que ha realizado los controles médicos necesarios que certifican su aptitud.
2. **Asunción de Riesgos**: Reconozco y acepto que la participación en estas actividades implica riesgos inherentes, incluyendo, pero no limitándose a lesiones físicas. Asumo plena responsabilidad por cualquier daño o perjuicio que pueda resultar de la participación del menor en estas actividades.
3. **Autorización de Atención Médica**: En caso de emergencia o accidente, autorizo al personal de la organización a proporcionar la atención médica que consideren necesaria para el bienestar del menor, incluyendo la posibilidad de traslado a un centro médico.
4. **Exoneración de Responsabilidad**: Exonero a **Lagos de Buenos Aires**, sus empleados, agentes y colaboradores de cualquier responsabilidad por lesiones, accidentes o daños que el menor pudiera sufrir durante la realización de las actividades deportivas mencionadas.
5. **Uso de Imagen**: Autorizo el uso de imágenes, fotografías o videos donde aparezca el menor durante su participación en las actividades deportivas, para fines de promoción o difusión por parte de a **Lagos de Buenos Aires**.

**DATOS DE CONTACTO DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL**:

* Nombre Completo: **[Nombre Completo]**
* Teléfono:
* Correo Electrónico:

**DATOS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**:

* Nombre Completo
* Relación con el Menor:
* Teléfono

**FECHA Y FIRMA**:

En\_\_\_\_\_\_\_\_ **[Ciudad]**, a los\_\_\_\_\_\_\_\_ **[Día]** días del mes de\_\_\_\_\_\_\_\_ **[Mes]** del año \_\_\_\_\_\_\_\_ **[Año]**.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_