



RECONOCIMIENTO DE RIESGO Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD CONVOCATORIAS DIVISIONES MENORES 2025

Yo _____, mayor de edad identificado con cedula de ciudadanía No. _____, expedida en _____, actuando en mi propio nombre y/o en representación de mi hijo (a) _____, menor de edad, identificado (a) con documento número _____, en adelante **EL PARTICIPANTE**, en consideración que se me permita participar en prácticas de Fútbol Voluntaria, en adelante **LA ACTIVIDAD**, reconozco que hay riesgos y peligros potenciales, incluyendo el riesgo de daño físico, muerte y discapacidad o daño a mi propiedad personal, como resultados de participar o permitir que mi hijo (a) participe en **LA ACTIVIDAD**. Los riesgos incluyen, pero no están limitados a accidentes de transporte, peligros relacionados con el clima y desastres naturales, enfermedades contagiosas, contusiones, esguinces, heridas en la piel, fracturas, conmociones cerebrales, o inclusive peligros severos de debilitamiento o pérdida de la vida.

EL PARTICIPANTE declara que está familiarizado y reconoce los riesgos derivados de **LA ACTIVIDAD** en la que decidió participar. **EL PARTICIPANTE** da fe que tiene la condición física suficiente para participar en **LA ACTIVIDAD** y que no se ha diagnosticado incapacidad alguna por personal médico calificado. **EL PARTICIPANTE** declara que es consiente que **INDEPENDIENTE SANTA FE S.A** no lo asegura o protege contra riesgos, ni garantiza su acceso a los servicios de salud más allá de los primeros auxilios. También declara **EL PARTICIPANTE**, que a la fecha está afiliado a una **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (EPS)** que en caso de una eventualidad médica sufragará los costos generados por lesión y/o enfermedad; por lo que asume la responsabilidad por cualquier lesión o daño que pueda ocurrir durante el curso de **LA ACTIVIDAD**. Por este medio **EL PARTICIPANTE** autoriza cualquier tratamiento de primeros auxilios o médico que se considere necesario en caso de emergencia. Además, autoriza al médico tratante para que ejecute en su nombre cualquier formulario y otros documentos médicos adecuados.

EL PARTICIPANTE declara y reconoce que **LA ACTIVIDAD** no genera relación alguna con **INDEPENDIENTE SANTA FE S.A EN REESTRUCTURACIÓN** y que, por tratarse de un acto voluntario, libre y espontáneo, puede terminar su participación en cualquier momento. En consecuencia, **EL PARTICIPANTE** exonera a **INDEPENDIENTE SANTA FE S.A REESTRUCTURACIÓN**. NIT.860009807-8, de toda responsabilidad durante el periodo de prueba.

NOMBRE Y APELLIDOS (COMPLETOS) DEL JUGADOR ASPIRANTE:	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	
FECHA DE NACIMIENTO:	
NÚMERO DE CELULAR:	
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE:	
DOCUMENTO:	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PADRE:	
DOCUMENTO:	
CELULAR DE UNO DE LOS PADRES:	
FIRMA JUGADOR ASPIRANTE:	
POSICIÓN DE JUEGO:	
FIRMA DE QUIÉN AUTENTICA EL DOCUMENTO:	