

Esta imagen pertenece al atleta titular de este deslinde

## DESLINDE DE RESPONSABILIDADES DESAFÍO CABEZA DEL INDI0 2026

- Declaro estar médicamente apto y adecuadamente entrenado para participar de esta prueba. Aceptaré cualquier decisión de un oficial de la carrera relativa a mi capacidad de completar con seguridad la prueba. Asumo todos los riesgos asociados con participar en esta carrera incluyendo, pero no limitado a caídas; contacto con los participantes, las consecuencias del clima, incluyendo temperatura y/o humedad, tránsito vehicular y condiciones, del camino, todos los riesgos conocidos apreciados por mí. Habiendo leído esta declaración y conociendo estos hechos, considerando su aceptación en participar en la carrera, yo, en mi nombre y el de cualquier persona que actúe en mi representación, libero a los organizadores de la prueba, voluntarios y sponsors, sus representantes y sucesores de todo reclamo y responsabilidad, de cualquier tipo que surja de mi participación en este evento aunque esta responsabilidad pueda surgir por negligencia o culpa de parte de las personas nombradas en esta declaración, así como de cualquier extravío, robo y/o hurto que pudiera sufrir. Entiendo que la organización podrá suspender el evento durante el desarrollo del mismo si considera que hay riesgos para la integridad física del atleta o personal de la organización o prorrogar la fecha con previo aviso, incluso incrementar o reducir la cantidad de inscripciones en función de las necesidades o la disponibilidad técnica o estructural. Acepto y entiendo el reglamento de este evento y cumplo bajo mi firma todos los requisitos básicos y obligatorios para el retiro del kit. Autorizo a la organización y Sponsors al uso de fotografías, películas, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro de este evento para cualquier uso legítimo, sin compensación económica alguna.

### INFORMACIÓN OBLIGATORIA

TELÉFONO PARA CONTACTO DE EMERGENCIA/EMERGENCY  
PHONE No.:

NOMBRE CONTACTO DE EMERGENCIA:

NOMBRE Y APELLIDO

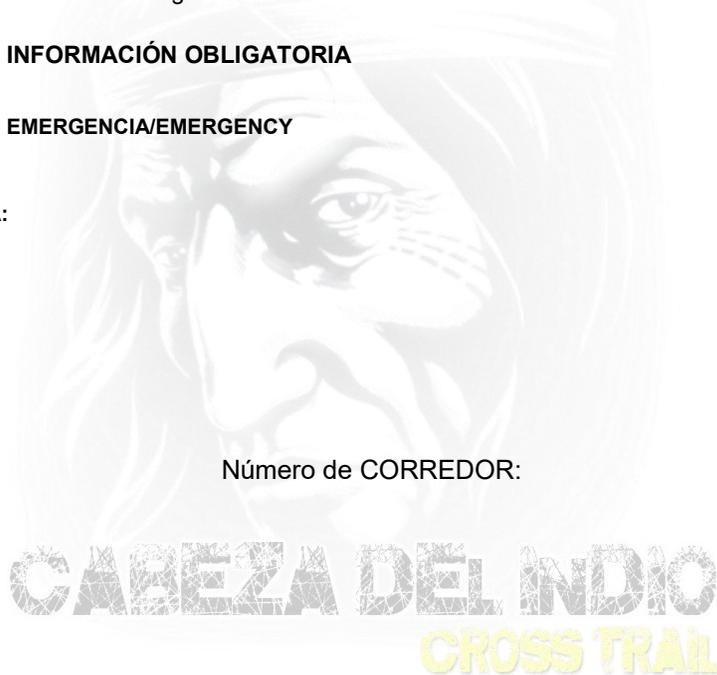
DNI/CI/PASAPORTE:

Número de CORREDOR:

FIRMA:

Muerte e invalidez:

Asistencia médica / farmacia:



[www.cabezadelindio.com.ar](http://www.cabezadelindio.com.ar)