NOMBDE	DEL EQUIPO:	
NUMBRE	DEL EQUIPU:	

1º JUGADOR (DELEGADO)

Firma

- NOMBRE Y APELLIDOS:
- DNI:
- FECHA DE NACIMIENTO:
- LOCALIDAD:
- TELEFONO DE CONTACTO:
- E-MAIL:

2º JUGADOR

Firma

- NOMBRE Y APELLIDOS:
- DNI:
- FECHA DE NACIMIENTO:
- LOCALIDAD:
- TELEFONO DE CONTACTO:
- E-MAIL:

•

- **♣ COLOR DE LA EQUIPACIÓN DE JUEGO:**
- ♣ LOS TRES PRIMEROS PARTIDOS SE DISPUTARÁN A PARTIR DE LAS 9:00 HORAS DEL SÁBADO 11 DE JULIO, EN LA PISTA Y MUNICIPIO ASIGNADO. LAS RONDAS FINALES SE DISPUTARÁN POR LA TARDE EN PASTRIZ.

EL JUGADOR DEL V TORNEO DE PÁDEL, MANIFIESTA:

- 1.- Que LA ORGANIZACION me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las características del Torneo de Pádel en la que voy a participar y sobre las condiciones físicas requeridas para dicha participación.
- 2.- Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos específicos de dicha actividad.
- 3.- Que dispongo de reconocimiento médico de aptitud para la realización de tal actividad deportiva y según el mismo carezco de contraindicación médica alguna.
- 4.- Que conozco y entiendo las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas sometiéndome a la potestad de dirección y/o disciplinaria de la organización.
- 5.- Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y, en consecuencia, eximo a LA ORGANIZACION de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad.
- 6.- Que autorizo a LA ORGANIZACION para la grabación total o parcial de mi participación en las actividades deportivas organizadas por medio de fotografías, películas, televisión, video y cualquier otro medio análogo, así como el derecho a darle el uso publicitario que LA ORGANIZACION considere oportuno, sin derecho a compensación económica alguna.
- 7.- Que doy mi consentimiento a **LA ORGANIZACION** para el tratamiento de datos de carácter personal contenidos en este documento de consentimiento informado y de los restantes datos obtenidos durante el desarrollo de la actividad deportiva. Asimismo, doy mi consentimiento para la cesión de tales datos a las entidades aseguradoras, a las entidades que forman parte de **LA ORGANIZACION** o a las entidades que prestan servicios a **LA ORGANIZACION**.