



Asociación Femenina Metropolitana de Basquetbol

Alberti 760 (C1223AAF) C.A.B.A Tel. Fax: 4941-5737/ Tel.:4943-3009

www.afmb.com.ar

afmbbasquet@yahoo.com.ar

ENTIDAD CIVIL FUNDADA EL 26 DE NOVIEMBRE DE 1931 – PERSONERIA JURIDICA C Nº 8943 (RESOLUCION 000146)

RENUNCIA DE DERECHOS Y COMPROMISO DE RESPONSABILIDAD

Club:..... Categoría:.....

Nombres:..... Apellidos:.....

F. de nacimiento: Nacionalidad:.....

Domicilio:.....

Código Postal:..... Ciudad:.....

E-mail:..... Teléfono:.....

1. **RENUNCIA.** En mi calidad de jugadora-participante del Torneo Metropolitano de Maxibasquetbol, por este medio y en este acto renuncio expresamente con alcance a mis herederos, ejecutores, administradores y apoderados, al derecho y a la acción de cualquier índole y al reclamo de responsabilidad o demanda, en el presente o el futuro, por cualquier daño material o moral, lesiones, incapacidad permanente o parcial que sufriera, incluyendo mi muerte y las pérdidas o daños causados por negligencia, activa o pasiva de cualquier representante oficial, director, agente, representativo, voluntario, tercero o empleado de la Asociación Femenina Metropolitana de Basquetbol, de la Federación de Basquetbol del Área Metropolitana de Buenos Aires y de la Confederación Argentina de Basquetbol, auspiciantes, particulares y entidades médicas o de cualquier individuo que intervenga de cualquier forma en el evento o actividades del mencionado evento. Me he registrado voluntariamente en este Torneo de Maxibasquetbol, sabiendo perfectamente mi condición física por lo que soy la única persona responsable, deslindando de esta forma expresamente de cualquier responsabilidad a la Asociación Femenina Metropolitana de Basquetbol, a la Federación de Basquetbol del Área Metropolitana de Buenos Aires y a la Confederación Argentina de Basquetbol,, a sus empleados, directores, asistentes, personas o cuerpos corporativos, miembros, auspiciantes, personas responsables o que presten servicio en el Torneo o conectadas a éste o con esas entidades.

2. **AUTORIZACIÓN DE IMAGEN.** Autorizo expresamente y garantizo a la A.F.M.B. a los entes asociados y sus licenciatarios, el derecho incondicional al uso, registro, publicación y difusión: digital, por Internet, televisiva y/o radial y cualquier otro medio de uso o medio comunicacional, publicidad, documentación visual, material promocional, merchandising, o cobertura cinematográfica de cualquier tipo, por mi participación en el torneo, como asimismo el uso de mi nombre, apariencia, voz y biografía, sin compensación alguna para mi persona. Renuncio asimismo al derecho a inspeccionar y/o aprobar el producto y/o la copia que pueda ser usada o el uso al cual pueda ser aplicado.

3. **OBSERVACIÓN DE LAS REGLAS.** Manifiesto expresamente que conozco y entiendo cada una de las Reglamentaciones y Reglas emanadas de la A.F.M.B. y que cumpliré y obedeceré los reglamentos del Torneo, de la categoría y las instrucciones escritas y no escritas dadas por las autoridades del campeonato. Acepto expresamente que en caso de incumplimiento pueda ser descalificado/a y/o expulsado/a del torneo.



Asociación Femenina Metropolitana de Basquetbol

Alberti 760 (C1223AAF) C.A.B.A Tel. Fax: 4941-5737/ Tel.:4943-3009

www.afmb.com.ar

afmbbasquet@yahoo.com.ar

ENTIDAD CIVIL FUNDADA EL 26 DE NOVIEMBRE DE 1931 – PERSONERIA JURIDICA C Nº 8943 (RESOLUCION 000146)

4. **PRUEBA DE EDAD.** Manifiesto expresamente conocer que las jugadoras del presente campeonato deben cumplir la edad correspondiente a cada categoría antes o durante el presente año calendario. Acepto expresamente proveer la prueba de mi edad para recibir la credencial que me autoriza a participar del presente campeonato.

5. **DECLARACIÓN DE ESTADO FISICO Y SALUD.** En mi calidad de jugadora de la categoría Maxibasquetbol declaro estar en óptima condición física, psíquica y de salud para participar y competir en este torneo y lo demuestro con mi certificado médico de aptitud física que presento en este acto. Declaro que estoy en conocimiento de todos los riesgos inherentes al entrenamiento y competencia de la categoría y que acepto mi responsabilidad personal y el deslinde efectuado, por cualquier herida, lesión, accidente o enfermedad, incluyendo la posible incapacidad parcial o permanente y/o muerte, que yo pueda sufrir durante esta competencia.

6. **AUTORIZACION MÉDICA.** En el Torneo que pueda ocasionarme heridas o lesiones mientras participo en la competencia, autorizo al personal médico a realizarme y administrarme atención médica de emergencia y no emergencia, las que dejo a la absoluta discreción de los profesionales que estimen deseable y necesaria. Por este acto eximo al personal de atención médica de cualquier reclamo, daños y responsabilidad que sucedan por actos u omisiones en conexión con la prestación de tratamientos médicos de emergencia y no emergencia a mi persona. En virtud de ser responsable por el pago de una cobertura médica que incluye transporte, costos, honorarios y otros servicios médicos, manifiesto que no es responsable la A.F.M.B. del presente torneo por los daños, lesiones o consecuencias de salud que sufriera.

Por la presente certifico que he leído, entendido y renunciado a ciertos derechos que son consecuencia de mi exclusiva responsabilidad, que lo informado es fiel y exacto y que me atenderé a los términos dichos y condiciones establecidos en el presente, firmando este documento voluntariamente.

Fecha:

Nombre y Apellido:.....

Firma: