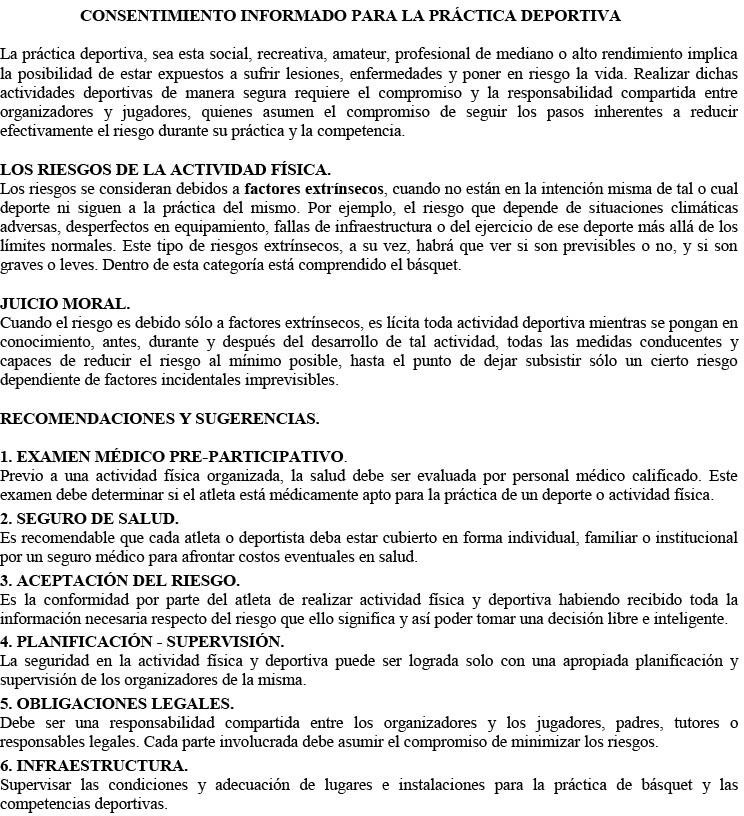
**CONSENTIMIENTO DE RESPONSABILIDAD 2024- FeBAMBA/AFMB**

**TORNEO MASTER CAB- TORNEO FLEX**

***El presente documento instrumentado por FeBAMBA/AFMB, deberá ser firmado por el/la jugador/a solo si se efectúa los exámenes médicos necesarios para acreditar el apto físico.***



**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DE JUGADOR/A D.N.I /PASAPORTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ACLARACION LUGAR Y FECHA**

**EN CASO DE MENOR:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA TUTOR O RESPONSABLE D.N.I. /PASAPORTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ACLARACION LUGAR Y FECHA**





*Yo, quien suscribo, entiendo que el deporte que practico implica la posibilidad de sufrir lesiones, enfermedades y de poner en riesgo la salud y la vida, según fui informado en detalle por parte de la Federación/Asociación.*

*Estoy de acuerdo con las recomendaciones y sugerencias arriba descriptas en cuanto al cuidado de mi salud y las formas a seguir previas y durante la actividad, y entiendo que no me eximio de la responsabilidad de atender tales recomendaciones y respetarlas para reducir todo riesgo al minino posible. Me comprometo a seguir las recomendaciones de la Federación/Asociación y a consultarles e informarles ante cualquier duda que tenga respecto del desarrollo de las actividades.*

*Doy mi consentimiento, v acepto el RIESGO que la práctica deportiva implica y guardo en mi poder una copia idéntica tiene que me ofrece la Federación/Asociación.*

**IMPORTANTE:**

*La información que se solicita en el presente cuestionario es para el uso del jugador/a que realizara su evaluación desde el punto de vista médico para la emisión del certificado de aptitud física.* ***Sea responsable con su salud.*** *Le afirmación de afecciones o enfermedades presentes o pasadas* ***NO NECESARIAMENTE CONTRAINDICA LA PRACTICA DEPORTIVA.***

*La Federación/Asociación tiene entre sus objetivos promover el control de salud*

*para una participación segura en la práctica del basquetbol.*

*La Federación/Asociación no realiza exámenes médicos, como tampoco el seguimiento de diagnósticos o tratamientos que su médico personal le recomiende. Es su médico de cabecera quien certificará su aptitud física para realizar actividades deportivas mediante la presentación del certificado médico y el consentimiento para la práctica.*

***Le recordamos que la obligatoriedad del apto medico tiene por objeto promover la participación segura en actividades deportivas y hábitos de cuidado de la salud. Aproveche la entrevista con un médico/a.-***