DOCUMENTO LEGAL OBLIGATORIO

CARTA RESPONSIVA Y DESLINDE LEGAL

1.ª Carrera Reto Zombie 5K • Casa Axolotl, Pie de la Cuesta – Acapulco • Domingo 28 de Noviembre de 2026

1. FICHA DEL CORREDOR / PARTICIPANTE

NOMBRE COMPLETO DEL PARTICIPANTE

FECHA DE NACIMIENTO / EDAD

N.º DE CORREDOR (ASIGNADO)

CATEGORÍA (INFANTIL / LIBRE / VETERANOS)

RAMA (VARONIL / FEMENIL)

TELÉFONO MÓVIL PARTICIPANTE

TIPO DE SANGRE

2. APARTADO PARA MENORES DE EDAD: DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL / TUTOR (CATEGORÍA INFANTIL 8 A 17 AÑOS)

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

PARENTESCO O RELACIÓN

IDENTIFICACIÓN OFICIAL (INE / PASAPORTE)

TELÉFONO DE CONTACTO DEL TUTOR

3. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO, REGLAS Y DESLINDE DE RESPONSABILIDAD

1. **Condición física y salud:** Declaro bajo protesta de decir verdad que el participante se encuentra en aptitud física, médica y cardiovascular adecuada para recorrer 5K sobre pavimento, obstáculos inflables acuáticos y arena de playa.
2. **Transición reglamentaria Isla Park (km 0+250):** Conozco y acepto el protocolo estricto tipo triatlón de ingresar al inflable acuático *sin tenis, sin reloj, sin aretes, sin cangurera ni objetos punzocortantes*, asumiendo la custodia de pertenencias en la zona asignada.
3. **Temática Zombie y obstáculos:** Comprendo que la ruta incluye interacción con actores caracterizados como zombies y desniveles naturales. Deslindo de responsabilidad civil o médica al Comité Organizador, **Casa Axolotl Hotel & Restaurante**, **Isla Park**, patrocinadores y autoridades municipales ante cualquier incidente derivado del esfuerzo deportivo.
4. **Autorización de menor de edad:** Como representante legal o tutor del menor inscrito, manifiesto haber leído las bases, autorizo su participación y asumo el compromiso de acompañarle o supervisarle durante el desarrollo del evento deportivo.
5. **Atención médica y medios:** Autorizo primeros auxilios de emergencia en caso necesario y el uso de material fotográfico/videográfico del participante para fines de difusión deportiva del evento.

4. CONTACTO DE EMERGENCIA Y DATOS MÉDICOS RELEVANTES

CONTACTO DE EMERGENCIA (NOMBRE Y PARENTESCO)

TELÉFONO MÓVIL DE EMERGENCIA

ALERGIAS / PADECIMIENTOS / MEDICACIÓN

SERVICIO MÉDICO (IMSS/ISSSTE/PART.)

FIRMA DEL PARTICIPANTE MAYOR DE EDAD

FIRMA DEL ATLETA (MAYORES DE 18 AÑOS)

Nombre: _____

FIRMA OBLIGATORIA DEL REPRESENTANTE LEGAL (MENOR DE EDAD)

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

Nombre y Parentesco: _____