

DECLARACIÓ RESPONSABLE DE BON ESTAT DE SALUT

Per a la Participació en Prova Esportiva – **Ultra Trail de la Cursa 4 Termes**

Sr./Sra.: _____

DNI/NIE: _____

Data de naixement: _____

Domicili: _____

Telèfon: _____

DECLARO SOTA LA MEVA RESPONSABILITAT:

1. Que em trobo en bon estat de salut per participar en la prova esportiva **Ultra Trail de la Cursa 4 Termes**, que es celebrarà el dia 14/03/2026, i que no pateixo cap malaltia, lesió o condició mèdica que m'impedeixi o desaconselli aquest esforç físic prolongat.
2. Que he estat informat/da de les exigències físiques pròpies d'una cursa de llarga distància i que sóc conscient dels riscos inherents a la participació, incloent-hi lesions musculars, caigudes, deshidratació, esgotament extrem o altres complicacions derivades de l'esforç.
3. Que participo de manera voluntària i sota la meva pròpia responsabilitat, i exonero l'organització, els col·laboradors i els patrocinadors de qualsevol responsabilitat derivada del meu estat físic o de problemes mèdics que puguin sorgir durant l'esdeveniment.
4. Que, en cas que l'organització o els serveis mèdics ho considerin oportú, acceptaré sotmetre'm a revisions o controls mèdics durant la competició.
5. Que la informació aquí consignada és veraç i signo aquesta declaració als efectes oportuns.