

FICHA DE INSCRIPCIÓN

Esta ficha debe ser llenada y entregada por correo, al destinatario:

campeonatofutbol.asociacion@gmail.com

Ejemplo: Categoría Femenina sub 35					
Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Rut	Edad	Personal universitario / externo
1. Verónica	Riquelme	Palma	19.594.693-0	22 años	NO
2. Andrea	González	Parra	19.800.633-6	24 años	SI

Inscripción:					
Categoría _____ (edad de la mayoría).					
Color de camiseta _____ (a elección del equipo).					
Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Rut	Edad	Personal universitario (mínimo 6)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

Una vez estando mis datos en nómina, declaro estar en condiciones de salud y/o médicas aptas para participar en el Campeonato de futbol aniversario Asociación del Personal Docente y Administrativo de la Universidad de Concepción, el cual se realizará durante el mes de noviembre del 2019. Por lo tanto, desvinculo a la organización y producción de cualquier incidente que pueda sufrir durante el desarrollo de la actividad o posterior a esta producto de alguna enfermedad preexistente no declarada o por no encontrarme en condiciones físicas adecuadas acorde a las exigencias de un evento deportivo de estas características. A su vez declaro haber leído y aceptado las bases de la competencia. Respectivamente me hago responsable del comportamiento que tenga durante la actividad, certificando que haré todo lo posible para no violar la seguridad del evento, evitando accidentes a mi persona, a compañeros y a otros jugadores. Finalmente, autorizo a la organización y producción del evento para que utilicen fotos, vídeos y cualquier otro tipo de imágenes y/o grabación de la competencia para uso publicitario y de relaciones públicas sin costo alguno para ellos.