



# HOJA DE RESPONSABILIDAD Y CONSENTIMIENTOS WORLD AMATEUR MARTIAL ASSOCIATION

Este documento deberá ser cumplimentado y firmado antes de la participación en el campeonato. En caso de participante menor de edad, la firma deberá realizarla su padre, madre o representante legal.

## 1. DATOS DEL PARTICIPANTE

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

DNI / NIE / PASAPORTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

CLUB / ESCUELA / PROFESOR: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_

N.º LICENCIA / SEGURO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

CATEGORÍA / MODALIDAD: \_\_\_\_\_

## 2. DECLARACIONES DEL PARTICIPANTE

1. Declaro que participo de forma voluntaria en una competición de artes marciales / deportes de contacto organizada por José Manuel Gomez y Atlantic MMA & Education Programs S.L.
2. Declaro que, a la fecha de la competición, me encuentro en condiciones físicas y psíquicas adecuadas para participar y que no tengo lesiones, limitaciones médicas ni contraindicaciones conocidas incompatibles con la actividad, salvo las que haya comunicado expresamente a la organización.
3. Me comprometo a no participar bajo los efectos del alcohol, drogas, sustancias psicotrópicas o cualquier otra circunstancia que pueda comprometer mi seguridad o la de terceros.
4. Declaro haber leído y aceptado el reglamento de la competición, las instrucciones arbitrales, las normas de seguridad, el uso del material obligatorio y las decisiones organizativas adoptadas para el correcto desarrollo del evento.
5. Me comprometo a comunicar de inmediato a la organización cualquier lesión previa, indisposición, situación médica relevante o incidencia producida antes o durante la competición.

## 3. COBERTURA MÉDICA Y ASISTENCIA SANITARIA

OPCIÓN A - Dispongo de seguro deportivo / federativo o póliza propia vigente y suficiente para cubrir mi participación.

OPCIÓN B - Solicito adherirme a la cobertura médica / seguro habilitado por la organización para este evento, abonando el importe de 20€.

OPCIÓN C - Aporto certificado o documento de cobertura emitido por otra organización o entidad aseguradora que ampara mi participación en este evento.

La organización podrá exigir la acreditación documental de la cobertura seleccionada. La existencia de seguro o asistencia sanitaria no excluye las obligaciones legales que correspondan a cada interviniente ni ampara conductas contrarias al reglamento o a las normas de seguridad.

#### 4. ASUNCIÓN INFORMADA DEL RIESGO Y LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

Reconozco que la práctica competitiva de artes marciales y deportes de contacto implica riesgos inherentes de golpes, caídas, lesiones y otras contingencias propias de la actividad, incluso cuando se desarrolla con arbitraje, reglas y medidas de seguridad. En consecuencia, asumo voluntariamente dichos riesgos inherentes y me obligo a respetar en todo momento las instrucciones de los árbitros, jueces, personal sanitario y organización.

No obstante lo anterior, esta declaración no supone ni puede interpretarse como una exclusión o renuncia válida frente a supuestos de dolo, culpa grave o negligencia imputable a la organización o a terceros responsables conforme a la ley.

#### 5. AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y PROTECCIÓN DE DATOS

José Manuel Gomez y

[ ] **AUTORIZO** a Atlantic MMA & Education Programs S.L. a captar y utilizar mi imagen y voz en fotografías y grabaciones realizadas durante el evento, para su difusión en páginas web, redes sociales, soportes promocionales, memorias y comunicaciones vinculadas a la actividad deportiva y a la promoción de futuros eventos.

[ ] **NO AUTORIZO** la utilización de mi imagen con fines de difusión o promoción, sin perjuicio de aquellas imágenes accesorias o tratamientos que pudieran resultar amparados por la normativa aplicable.

José Manuel Gomez y

**Responsables del tratamiento:** Atlantic MMA & Education Programs S.L. en su condición de organizadores del evento. Finalidad: gestión de la participación en la competición, control organizativo y, en su caso, difusión e información/promoción de la actividad deportiva. La persona firmante declara haber sido informada de que podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y cualesquiera otros que le correspondan conforme a la normativa aplicable, dirigiéndose a la organización a la dirección postal o bien a través del correo electrónico [senseijmgomez@gmail.com](mailto:senseijmgomez@gmail.com)

Cuando el participante sea menor de edad, la autorización para el tratamiento de sus datos e imagen deberá ser prestada por su padre, madre o representante legal, sin perjuicio de la información que también deba facilitarse al menor conforme a su edad y madurez.

#### 6. FIRMA

**LUGAR Y FECHA:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PARTICIPANTE:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE / MADRE / TUTOR LEGAL (SI PROCEDE):** \_\_\_\_\_

**DNI / NIE DEL REPRESENTANTE LEGAL:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL (SI EL PARTICIPANTE ES MENOR):** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO DE CONTACTO EN CASO DE URGENCIA:** \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES MÉDICAS O INCIDENCIAS RELEVANTES COMUNICADAS A LA ORGANIZACIÓN:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La firma de este documento acredita que la persona firmante ha leído íntegramente su contenido, comprende su alcance y acepta sus términos.