

EXONERACION DE RESPONSABILIDAD MENOR DE EDAD

Día ____ Mes ____ Año ____

Yo _____ con número de identificación _____ de _____ en calidad de USUARIO(A) Y/O ACUDIENTE del menor _____ identificado con Tarjeta de Identidad No. _____ de _____ me (nos) comprometo (emos) a atender las recomendaciones del equipo de instructores de CAF (Centro de Acondicionamiento Físico) y servicio médico de la Universidad de la Salle; exonerando de toda responsabilidad en caso de sufrir algún accidente inherente a la práctica deportiva. Como usuario(a) del CAF soy consciente de las implicaciones que conlleva el hacer caso omiso a las indicaciones en la valoración médica y física, por lo tanto, afirmo que recibí la evaluación completa, información suficiente de mi valoración, efectos, beneficios y riesgos de la ejecución del ejercicio. Me comprometo a seguir cuidadosamente las recomendaciones de frecuencia, intensidad, duración y de alimentación. Me hago responsable de las complicaciones y consecuencias para mi salud en caso de no seguirlas.

Durante el ciclo estudiantil se realizarán fotografías y grabaciones, con la firma de este documento el usuario del CAF autoriza a la Universidad de la Salle ser gravado, retratado, y publicado en nuestras redes sociales.

Los datos personales aquí plasmados estarán seguros con la Universidad de la Salle la cual se compromete con el tratamiento lícito y seguro de los datos personales aquí plasmados tal como lo dice la Ley 1581 de 2012.

Certifico que el usuario se encuentra activo (a) y afiliado (a) en la EPS _____

Firma Usuario: _____

Firma acudiente: _____

Nombre Usuario: _____

Nombre acudiente: _____