

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR USO DE GAFAS/LENTES CORRECTORAS

Yo, D./D^a

con D.N.I. nº

como padre/madre/tutor de

nacido/a el

de

de

siendo jugador/a del equipo

de (indicar deporte)

inscrito/a en la Competición

Deporte en Edad Escolar a través del Colegio

DECLARO

Que, debido a la necesidad de utilizar gafas o lentes correctoras durante la **práctica deportiva, asumo bajo mi exclusiva responsabilidad cualquier consecuencia, incidencia o lesión que pudiera derivarse de este hecho**, eximiendo de toda responsabilidad a la Concejalía de Deportes de Pozuelo de Alarcón y a la organización del torneo.

En Pozuelo de Alarcón, a

de

de 20

Firma del padre/madre/tutor: