

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

## **ACUERDO DE LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES 2024**

ESTE DOCUMENTO DEBE LLENARSE Y FIRMARSE DE MANERA INDEPENDIENTE POR CADA UNO DE LOS PARTICIPANTE REGISTRADOS, EN CASO DE SER MENOR DE EDAD, DEBE SER FIRMADO POR EL PADRE DE FAMILIA O TUTOR LEGAL. ESTE FORMATO APLICA PARA CUALQUIER PARTICIPANTE YA SEA BAILARÍN, MAESTRO, COREÓGRAFO, DIRECTOR Y OBSERVADOR.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:	FECHA NACIMIENTO: //
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR:	EMAIL:
ACADEMIA/ESTUDIO:	
MÉXICO (lo llamaremos EVENTO) y los eventos organizados por Écomprometo y obligo como participante a no ingressar a cualquier áre gafetes o credenciales o permiso por parte de los ORGANIZADORES estipulados en el presente escrito.// B) Expresamente manifiesto que manifestando que las mismas son idóneas para participar en el evento como mental para participar en el evento y realizar todas y cada una y actividades del evento por lo que en caso de que los ORGANIZAD los demás participantes este podrá cancelar el evento sin responsabi consideración las instrucciones emitidas por los ORGANIZADORES; las instrucciones de los ORGANIZADORES, liberándolos de cualquie evento son bajo mi propio riesgo, y la participación en el mismo así co la invalidez parcial o total, parálisis y muerte (los llamaremos RIESG durante o posterior al evento, la omisión, actividad o inactividad de ot y equipo, o la negligencia de las personas a quienes es este acto libe que se realice el evento, o la realización propia de las actividades evento no conocidos por mí o que aún no son previsibles, o que sien mayor; 4) (las pérdidas sociales y económicas y/o daños indirectos q Declaro expresamente que es mi voluntad particular en el EVENTO, por lo que en este asumo todos y cada uno de los RIESGOS conocio misión entre otros, invalidez total o permanente, parálisis o inclusive a quienes en este acto libero de cualquier responsabilidad.// E) Autor sufra algún accidente por mi participación, actividad o inactividad dur cercano que ellos designen, con la finalidad que se me atienda, así corpocedimiento médicos necesarios para salvaguardar mi salud, deslin las acciones aquí referidas o por las consecuencias inmediatas o fut ORGANIZADORES si fuera alérgico a algún medicamento.// F) P. VERACRUZANO A.C y YGP MÉXICO, a sus funcionarios, gerentes legal alguna, en contra de EN PRO DEL TALENTO VERACRUZANO acticipantes, organizaciones reguladoras o cualquier subdivisión de restripidante, corponitores, acciones legales o daños relat causadas, en todo en parte, por	P MÉXICO han puesto en marcha medidas preventivas para reducir la propagación de COVID-19; sin g(n) con COVID-19; por lo tanto, al firmar este acuerdo reconozco la naturaleza contagiosa de COVID-19 so estar expuestos o infectados por COVID-19 al asistir a los eventos, que dicha exposición o infección permanente y muerte, Entiendo que el riesgo de estar expuesto o infectado por COVID-19 en lo eventos cia de mi parte y de otros, incluyendo, pero sin estar limitado al staff y colaboradores de EN PRO DEL pantes del programa y sus familia. Acepto voluntariamente asumir todos los riesgos antes mencionados y N PRO DEL TALENTO VERACRUZANO A.C y YGP MÉXICO, a sus colaboradores, staff, agentes y ponsabilidades, reclamos, acciones, daños, costos o gastos de cualquier tipo que surjan de, o estén después de la participación del EVENTO. en perfecto estado de salud tanto física como mental, así como legalmente capacitado para la suscripción totalidad, las reglas de participación del evento, por lo que en este acto suscribo el presente documento.
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PARTICIPANTE	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PARTICIPANTE LUGAR Y FECHA EN QUE SE FIRMA (PADRE DE FAMILIA O TUTOR I EGAL)