

Certificado de Salud y Responsabilidad para Atletas de Calistenia

Yo, [_____], con número de identificación: [_____], atleta de calistenia, certifico que:

1. No tengo patologías previas que pongan en peligro mi salud ni me impidan participar en actividades físicas intensas como la calistenia.
2. Entiendo los riesgos inherentes a participar en una competición de calistenia, como la **Copa Provincial de Calistenia Diputación de Málaga**.
3. Asumo voluntariamente los riesgos asociados con la práctica de ejercicios de calistenia, que incluyen, entre otros, lesiones musculares, articulares o de ligamentos, fatiga extrema y posibles caídas.
4. Eximo de toda responsabilidad a la organización de la competición, sus directivos, jueces, patrocinadores y cualquier otra entidad relacionada con el evento, por cualquier lesión o daño que pueda sufrir durante mi participación en la **Copa Provincial de Calistenia**.
5. Me comprometo a seguir las normativas y reglas establecidas por la organización y a respetar a los demás competidores y al público presente.

Firmo este certificado de manera voluntaria y consciente, reconociendo que he leído y comprendido su contenido.

Fecha: _____

Firma: _____

[Nombre del Atleta]

