



FICHA DE INSCRIPCIÓN Y ACTA DE ENTREGA DE PREMIOS

4° DESAFÍO GUERREROS EMPEDRADO 2022

N° COMPETENCIA:

DATOS DEL PARTICIPANTE

NOMBRE COMPLETO:	
EDAD (AÑOS CUMPLIDOS):	
SEXO:	
C.I PRESENTARLO OBLIGATORIO:	
DOMICILIO	
COMUNA	
TELEFONO	
MAIL	

ELECCIÓN DE CATEGORIA Y DISTANCIA A COMPETIR - MARQUE CON UNA X

CATEGORIAS		DISTANCIA	
1	Infantil Damas 12 a 15 Años	3.5 K	
2	Infantil Varones 12 a 15 Años	3.5 K	
3	Juveniles Damas 16 a 29 Años		7 K
4	Juveniles Varones 16 a 29 Años		7 K
5	Adultos Damas 30 a 39 años		7 K
6	Adultos Varones 30 a 39 años		7 K
7	Senior Damas 40 a 49 años	3.5 K	
8	Senior Varones 40 a 49 años	3.5 K	
9	Super Senior Damas 50 a 59 años	3.5 K	
10	Super Senior Varones 50 a 59 años	3.5 K	
11	Master Senior Damas 60 en Adelante	3.5 K	
12	Master Senior Varones 60 en Adelante	3.5 K	
13	Familiar	3.5 K	

AUTORIZACIÓN A MENORES DE EDAD Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD:
Yo _____ Rut _____ Con
fecha de Nacimiento _____ declaro ser padre/ apoderado o tutor de
_____. Rut _____ Autorizo a participar en "4°
VERSION DEL DESAFIO GUERREROS EMPEDRADO 2022". Además, declaro que yo y mi pupilo (menor
de 18 años), nos encontramos en condiciones aptas de salud física y psicológica para participar en este evento.
Teniendo presente que este deporte es de alta exigencia física y psicológica y que puede ocasionar accidentes
físicos y de salud. Es por esto que libero de toda responsabilidad a los organizadores, patrocinadores y
auspiciadores ligados a este evento. Además, autorizo a la organización a utilizar mis derechos de imagen para
los fines deportivos que estime conveniente. Al firmar el participante está en conocimiento de las bases y
reglamentos de la actividad.

FIRMA

Imprimir comprobante y presentar el día de la acreditación y retiro de Kit



CUESTIONARIO DE INGRESO COVID-19.

El llenado de este cuestionario es personal y es de responsabilidad exclusiva de la persona que lo completa. Recuerde que, acorde a las autoridades sanitarias, de tener síntomas relacionados a **COVID-19** o de haber tenido contacto estrecho no debe salir de su residencia.

Nombre Completo: _____ **Rut** _____

Fecha Nacimiento: _____ / _____ / _____ **Email:** _____

Teléfono: _____ **Domicilio:** _____

Contacto Emergencia: _____

1.- ¿Ha presentado alguno de los siguientes síntomas recientemente (últimas 24 horas)? (si usted tiene fiebre, o tiene dos o más síntomas de los descritos, no debe salir de su casa y dar aviso a su médico):

- Fiebre (Temperatura corporal de 37,8°C ó más)
- Tos
- Disnea o dificultad respiratoria.
- Dolor torácico.
- Odinofagia o dolor de garganta al comer o tragar fluidos.
- Mialgias o dolores musculares.
- Calofríos.
- Cefalea o dolor de cabeza.
- Diarrea.
- Pérdida brusca del olfato o anosmia.
- Pérdida brusca del gusto o ageusia.
- Sin síntomas.

2.- ¿Ha tenido contacto estrecho con una persona confirmada con COVID-19? (Si usted ha tenido contacto estrecho, no debe salir de su casa y avisar a la autoridad sanitaria).

- Si
- No

FIRMA