

## DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR USO DE GAFAS/LENTES CORRECTORAS

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_,

con D.N.I. nº \_\_\_\_\_ como padre/madre/tutor  
de \_\_\_\_\_

nacido el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ siendo jugador 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: \_\_\_\_\_