CARTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSIVA PARA MENORES DE EDAD (5 A 11 AÑOS)
WARRIOR ZONE

Yo, _____, mayor de edad, identificado(a) con INE/Pasaporte No. _____, en mi carácter de padre, madre o tutor legal, autorizo de manera expresa que mi hijo(a):

Nombre del menor: _____

Edad: _____ años (5 a 11 años) Fecha de nacimiento: _____

Participe en las clases infantiles de artes marciales y entrenamiento funcional impartidas por WARRIOR ZONE, dentro de sus instalaciones y bajo la supervisión de sus instructores.

1. Reconocimiento y aceptación de riesgos

Entiendo y acepto que toda actividad física y deportiva implica riesgos propios de la disciplina, como golpes accidentales, caídas, torceduras, cansancio físico u otras lesiones menores.

2. Estado de salud del menor

Declaro que mi hijo(a) se encuentra en condiciones físicas y de salud adecuadas para realizar actividad deportiva. En caso de que exista alguna condición médica, alergia o lesión relevante, me comprometo a informarlo previamente por escrito al personal de Warrior Zone.

3. Liberación de responsabilidad

Libero de responsabilidad a Warrior Zone, así como a sus representantes, instructores y personal, por cualquier lesión o accidente que pudiera presentarse durante la práctica normal de las actividades, salvo en casos de negligencia grave o dolo debidamente comprobados.

4. Atención médica de emergencia

Autorizo a Warrior Zone para que, en caso de emergencia y de no poder ser localizado(a) de inmediato, solicite la atención médica necesaria para mi hijo(a), comprometiéndome a cubrir los gastos que se generen.

5. Uso de imagen (opcional)

Autorizo el uso de fotografías y/o videos de mi hijo(a) tomados durante las actividades dentro de Warrior Zone, únicamente con fines promocionales y de difusión en redes sociales, sin fines de lucro.

☐ Sí autorizo ☐ No autorizo

6. Vigencia

La presente autorización tendrá vigencia durante todo el tiempo que el menor se encuentre inscrito y activo en Warrior Zone, o hasta que sea revocada por escrito.

Nombre del padre/madre/tutor: _____

Teléfono: _____ Correo: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma y sello de Warrior Zone: _____