



DECLARACIÓN DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO, D./Dña _____, mayor de edad, con domicilio en _____, provisto de D.N.I. nº _____, teléfono de contacto _____ correo electrónico _____ en calidad de interesado/a.

D./Dña _____, mayor de edad, con domicilio en _____, provisto de D.N.I. nº _____, teléfono de contacto _____ y correo electrónico _____, en calidad de tutor y/o representante/s legal/es de D./Dña _____ provisto de D.N.I. nº _____.

En pleno uso de mis facultades físicas y mentales, DECLARO RESPONSABLEMENTE: que soy consciente de los riesgos que implica la participación en la actividad de Piragüismo formando parte de la escuela "Activa tu capacidad" gestionada por la Federación Madrileña de Piragüismo, sita en el Parque Deportivo Puerta de Hierro, Ctra. de El Pardo Km1, 28035 Madrid, a través de sus distintas básicas náuticas.

Habiendo sido informado/a y siendo conocedor/a de los riesgos que entraña dicha actividad: posibles lesiones, caídas al agua, ahogamiento...exoneramos de toda responsabilidad tanto a la Federación Madrileña de Piragüismo, como a cualquiera de sus bases náuticas en las que se imparta; así mismo exoneramos de toda responsabilidad tanto a todas las personas contratadas para el desarrollo de dicha actividad, como a aquellas personas que de manera voluntaria o contractual colaboran para la puesta en marcha de la misma. Haciéndose extensible esta exoneración tanto para actividades/competiciones en tierra como en agua y en cualquier base náutica.

Que acepto voluntariamente el riesgo que esta práctica implica, eximiendo a la órganos gestores (F.M.P, o clubes sitos en bases náuticas) de cualquier responsabilidad sobre las lesiones, enfermedades o daños corporales que pudieran producirse o agravarse por mi decisión voluntaria de inscribir a mi representado/a en la práctica del piragüismo.

Así mismo declaro que no existe ningún factor médico o de salud que contraindique la práctica deportiva del interesado/a y/o representado/a en relación al piragüismo, según consta en informe médico con fecha de realización inferior a un año.

Y en prueba de conformidad con el contenido de la presente AUTORIZACIÓN y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD, firma el presente documento:

En _____ a _____ de _____ del 2026.

Nombre y firma del Interesado/a

Nombre y firma del Titular o representante legal