



VEEDURÍAS NACIONALES

2025

INGRESO JUGADOR VEEDURÍA

Fecha: DD/MM/AA

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre(s): Apellidos:

Fecha de Nacimiento: Lugar de Nacimiento:

Tipo de Documento: T.I C.C Pasaporte Número Documento:

Dirección de residencia:

Teléfono de residencia: Teléfono móvil:

Nivel educativo: Primaria Secundaria Bachiller Superior

E.P.S.:

Nombre del acudiente: Teléfono del acudiente:

INFORMACIÓN DEPORTIVA

¿Pertenece a algún club?: SI NO Nombre del Club:

¿Tiene agente o empresario?: SI NO Nombre agente:

Posición de juego:

Pierna hábil: Derecha Izquierda Talla: Peso:

ESPACIO EXCLUSIVO ONCE CALDAS S.A.

FIRMA Y SELLO

ASPIRANTE No.

INDISPENSABLE PARA EL PROCESO DE INSCRIPCIÓN

Diligenciar este formulario debidamente / Fotocopia carné de E.P.S. y/o certificado de afiliación vigente / Fotocopia documento de identidad ampliado al 150%.





VEEDURÍAS NACIONALES

2025

RECONOCIMIENTO DE RIESGO Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

EL ACUDIENTE, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre y en representación de mi hijo(a), menor de edad, identificado(a) como aparece al pie de su firma, en adelante EL PARTICIPANTE. (En caso de que EL PARTICIPANTE sea menor de edad).

EL PARTICIPANTE, identificado(a) como aparece al pie, en consideración de que se me permita participar en esta práctica futbolística voluntaria, en adelante LA ACTIVIDAD; reconozco que hay riesgos y peligros potenciales, incluyendo el riesgo de daño físico, muerte y discapacidad, o daño a mi propiedad personal, como resultado de participar o permitir que mi hijo(a) participe en LA ACTIVIDAD. Los riesgos incluyen pero no están limitados a accidentes de transporte, peligros relacionados con el clima y desastres naturales, enfermedades contagiosas, la posibilidad de resbalarse y caerse lo que podría resultar en rasguños, contusiones, esguinces, heridas en la piel, fracturas, conmociones cerebrales, o inclusive peligros severos de debilitamiento o pérdida de la vida.

EL PARTICIPANTE declara que está familiarizado y reconoce los riesgos derivados de LA ACTIVIDAD en la que decidió participar. EL PARTICIPANTE da fe de que tiene la condición física suficiente para participar en LA ACTIVIDAD y que no se le ha diagnosticado incapacidad alguna por personal médico calificado. EL PARTICIPANTE declara que es consiente que la sociedad ONCE CALDAS S.A. no lo asegura o protege contra riesgos, ni garantiza su acceso a los servicios de salud más allá de los primeros auxilios. También declara EL PARTICIPANTE que a la fecha está afiliado a una ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (EPS) que en caso de una eventualidad médica sufragará los costos generados por lesión y/o enfermedad; por lo que asume la completa responsabilidad por cualquier lesión o daño que pueda ocurrir durante el curso de LA ACTIVIDAD. Por este medio EL PARTICIPANTE autoriza cualquier tratamiento de primeros auxilios o médico que se considere necesario en caso de emergencia. Además, autoriza al médico tratante para que ejecute en su nombre cualquier formulario de permiso y otros documentos médicos adecuados.

EL PARTICIPANTE declara y reconoce que LA ACTIVIDAD no genera relación contractual alguna con la sociedad ONCE CALDAS S.A. y que por tratarse de un acto voluntario, libre y espontáneo puede terminar su participación en cualquier momento. EL PARTICIPANTE obrando en su nombre propio y en el de sus herederos, albaceas, administradores y cesionarios, por este medio libera de responsabilidad ilimitada a la sociedad ONCE CALDAS S.A. sus funcionarios, empleados, agentes, patrocinadores y sus representantes, sus herederos, administradores y albaceas, de o por cualquier reclamo, demanda, acción o derecho de acción, de cualquier clase o naturaleza, ya sea en derecho o en equidad, que surja de o por razón de cualquier lesión corporal o lesión personal conocida o desconocida, muerte o daño a la propiedad como resultado de, ocasionada por, que surja de, o se produzca como resultado de su participación en LA ACTIVIDAD, o en cualquier acción relacionada con LA ACTIVIDAD.

Nombre del acudiente:

Cédula del acudiente:

Nombre del participante:

Número del documento:

FIRMA ACUDIENTE

Fecha: DD/MM/AA

FIRMA PARTICIPANTE

