

CARTA RESPONSIVA PARA PARTICIPACIÓN DE MAYOR DE EDAD

(LUGAR Y FECHA EN LA QUE SE EXPIDE LA CARTA)

_____, a _____ de _____ de 2026.

ASOCIACIÓN DE BOXEO DEL ESTADO DE MÉXICO A.C.

Por medio de la presente, yo,

_____,
mayor de edad, manifiesto mi voluntad libre, consciente y expresa de participar en el **Campeonato Selectivo Estatal de Boxeo rumbo a Olimpiada Nacional CONADE 2026**, a celebrarse del **19 al 22 de marzo de 2026**, en el Centro de Convenciones de Ixtapan de la Sal, Estado de México.

Declaro bajo protesta de decir verdad que:

1. Cuento con plena capacidad legal para suscribir la presente carta responsiva.
2. Conozco y entiendo la naturaleza del deporte del boxeo, así como los riesgos inherentes a su práctica y participación en competencias oficiales.
3. Mi participación se realiza de manera libre y voluntaria, sin mediar coacción alguna.
4. Conozco el reglamento vigente aplicable a la competencia y acepto las disposiciones técnicas y disciplinarias correspondientes.
5. Autorizo expresamente a la Asociación de Boxeo del Estado de México A.C. y a su personal designado a gestionar mi valoración médica inmediata.
6. Autorizo mi traslado a la unidad médica pública o privada más cercana que se considere adecuada para mi atención.
7. Autorizo la aplicación de procedimientos médicos de urgencia que el personal profesional determine necesarios para salvaguardar mi integridad física.
8. Manifiesto que asumo la responsabilidad de los gastos médicos que, en su caso, se generen.

En virtud de lo anterior, libero, deslindo y eximo de responsabilidad civil, administrativa o de cualquier otra índole a la Asociación de Boxeo del Estado de México A.C., a sus directivos, organizadores, entrenadores, jueces y personal técnico, respecto de cualquier lesión, accidente o situación derivada de la práctica deportiva propia del boxeo, siempre que no medie negligencia comprobada.

Nombre y firma: _____

Identificación oficial (anexar copia)

Número telefónico: _____

Información de Seguridad Social

En caso de contar con seguridad social, favor de indicar:

Institución (IMSS / ISSSTE / ISSEMYM / Seguro particular / Otro):

Número de afiliación o póliza:
