**INSCRIPCIÓN AL MEDIO MARATON O 5K PUERTO VALLARTA 2022**

**DATOS DEL PARTICIPANTE:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**INFORMACIÓN de pago. datos bancarios:**

**rEALIZA TU DEPOSITO EN FARMACIAS GUADALAJARA O BANAMEX A LA TARJETA 5204 1658 4916 4490**

**\*enviar este formato con la copia del DEPÓSITO al e-MAIL:** [mercedes.cedano@hotmail.com](mailto:mercedes.cedano@hotmail.com) o al

**WhatsApp**: 322 214 9721

**Al registrarme acepto que mi participación en el XVIII Medio Maratón Puerto Vallarta 2022 será bajo mi propio riesgo, deslindando de toda responsabilidad al comité organizador, patrocinadores y Ayuntamiento Municipal de Puerto Vallarta, por cualquier accidente, hospitalización o muerte que pudiera sufrir antes, durante y después, dentro o fuera del evento y reconozco que en mi participación puede ocurrir un riesgo deportivo.**

NOMBRE Y APELLIDO / FULL NAME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ EDAD / AGE: \_\_\_\_\_\_\_

TIPO DE SANGRE / BLOOD TYPE: \_\_\_\_\_\_\_ CIUDAD/CITY: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELÉFONO PARA CONTACTO / PHONE No.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CATEGORÍA/CATEGORY: 21k: \_\_\_\_O 5K\_\_\_\_ TALLA DE PLAYERA/SHIRT SIZE: CH/S\_\_\_M/M\_\_\_G/L\_\_\_EX/XL\_\_\_

E-MAIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA, ¿A QUÉ HOSPITAL O CENTRO DE SALUD ACUDIR? / IN EMERGENCY CASE, WHICH HOSPITAL OR HEALTH CENTER GO?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_