**INSCRIPCIÓN AL MEDIO MARATON O 5K PUERTO VALLARTA 2024**

**DATOS DEL PARTICIPANTE:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE Y APELLIDO / FULL NAME:** | | | ESCRIBA AQUÍ / WRITE HERE | | | | | |
| **FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH:** | | | | DD/MM/AAAA | | | **EDAD / AGE:** | ESCRIBA AQUÍ / WRITE HERE. |
| **TIPO DE SANGRE / BLOOD TYPE:** | | “O+” | | **CIUDAD/CITY:** | ESCRIBA AQUÍ / WRITE HERE | | | |
| **NÚMERO DE CELULAR / PHONE NUMBER:** | | ESCRIBA AQUÍ / WRITE HERE | | | | **CATEGORÍA/CATEGORY:** | |  |
| **TALLA DE PLAYERA / SHIRT SIZE:** | |  | | | | | | |
| **E-MAIL:** | ESCRIBA AQUÍ / WRITE HERE | | | | | | | |
| **EN CASO DE EMERGENCIA, ¿A QUÉ HOSPITAL O CENTRO DE SALUD ACUDIR? (En Puerto Vallarta) / IN EMERGENCY CASE, WHICH HOSPITAL OR HEALTH CENTER GO? (In Puerto Vallarta):** | | | | | | | | |
| ESCRIBA AQUÍ / WRITE HERE | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **REALIZA TU DEPÓSITO EN FARMACIAS GUADALAJARA O BANCOS BANAMEX**  **INFORMACIÓN DE PAGO:**  **TARJETA:** 5204 1659 5386 6294  **BENEFICIARIO:** Mercedes Cedano Mercado  **\*ENVIA ESTE FORMATO CON UNA COPIA DEL DEPÓSITO AL E-MAIL: mercedes.cedano@hotmail.com** |

**Al registrarme acepto que mi participación en el XX Medio Maratón Puerto Vallarta 2024 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.**