

Consentimiento para participación y derechos de imagen en el XII STAGE JUDO MADRID "VILLA DE MÓSTOLES" del 4 al 7 de septiembre de 2025.

Yo, _____, con DNI _____, en calidad de padre/madre/tutor legal de, _____ autorizo a mi hijo/a a participar en el **XII STAGE JUDO MADRID "VILLA DE MÓSTOLES"**, que se llevará a cabo los días 4, 5, 6 y 7 de septiembre de 2025 en el Polideportivo PAU-4 SUR, ubicado en la Calle Perseo, 95, Móstoles (Madrid).

Declaro que mi hijo/a tiene Seguro médico y/o Licencia federativa en vigor, con cobertura nacional o internacional.

Reconozco que la participación en actividades deportivas implica ciertos riesgos y estoy informado/a de la naturaleza del evento.

Confirmo que mi hijo/a se encuentra en condiciones adecuadas de salud para participar en este evento y que ha sido evaluado por un médico profesional en el último año.

Me comprometo a informar a los organizadores del evento de cualquier condición médica relevante que mi hijo/a tenga y que podría afectar su participación segura en el evento.

Entiendo que los organizadores del evento tomarán las medidas de seguridad necesarias para garantizar la seguridad de todos los participantes, pero soy consciente de que ni los organizadores ni el lugar del evento pueden ser responsables de cualquier lesión personal o daño que pueda sufrir mi hijo/a durante su participación, salvo en casos de negligencia comprobada por parte de los organizadores.

Derechos de Imagen: Además, doy mi consentimiento para que **XII STAGE JUDO MADRID "VILLA DE MÓSTOLES"** y sus representantes autorizados capturen imágenes y vídeos de mi hijo/a durante el evento y utilicen estas fotografías y grabaciones en materiales promocionales, publicitarios o informativos relacionados con el evento o futuras actividades de la organización. Este consentimiento incluye, pero no se limita a, la publicación de imágenes y vídeos en redes sociales, sitios web de la organización, y materiales impresos.

Autorizo a los organizadores del evento a tomar decisiones respecto a la atención médica de mi hijo/a en caso de emergencia, si no pudiera ser contactado/a de manera inmediata. Acepto que esta autorización se mantenga efectiva a menos que yo revoque este consentimiento por escrito.

Firma del padre/madre/tutor legal: _____

Fecha: _____

**Consent for Participation and Image Rights at the XII JUDO STAGE MADRID
"VILLA DE MÓSTOLES" from September 4 to 7, 2025**

I, _____, holder of ID number
_____, as the parent/legal guardian of
_____, authorize my son/daughter to participate
in the **XII JUDO STAGE MADRID "VILLA DE MÓSTOLES"**, which will take
place on September 4, 5, 6, and 7, 2025, at the PAU-4 SUR Sports Center, located at
Calle Perseo, 95, Móstoles (Madrid).

I declare that my son/daughter has valid medical insurance and/or a current federation
license with national or international coverage.

I acknowledge that participation in sports activities involves certain risks, and I am
aware of the nature of the event.

I confirm that my son/daughter is in suitable health conditions to participate in this
event and has been evaluated by a professional physician within the last year.

I commit to informing the event organizers of any relevant medical condition my
son/daughter may have that could affect their safe participation in the event.

I understand that the event organizers will take the necessary safety measures to ensure
the safety of all participants, but I am aware that neither the organizers nor the event
venue can be held responsible for any personal injury or damage that my child may
suffer during their participation, except in cases of proven negligence on the part of the
organizers.

Image Rights: Additionally, I give my consent for the **XII JUDO STAGE MADRID
"VILLA DE MÓSTOLES"** and its authorized representatives to capture images and
videos of my son/daughter during the event and to use these photographs and recordings
in promotional, advertising, or informational materials related to the event or future
activities of the organization. This consent includes, but is not limited to, the publication
of images and videos on social media, the organization's websites, and printed
materials.

I authorize the event organizers to make decisions regarding my son's/daughter's
medical care in case of an emergency, if I cannot be contacted immediately. I agree that
this authorization will remain in effect unless I revoke this consent in writing.

Signature of Parent/Legal Guardian: _____

Date: _____