

ANEXO NRO 1. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo _____, mayor de edad, identificado(a) con documento de identidad C.C. ___ C-E. ___ Pasaporte ___ No. _____ de _____, bajo mi entera responsabilidad, manifiesto que he tomado la decisión de no asistir a la valoración inicial con fisioterapia y/o medicina del deporte; puesto que cuento con buen estado de salud y no tengo ninguna preexistencia o condición patológica que me emita restricción alguna, y en razón de ello, asumo las consecuencias que mi negativa pueda causar en mi salud y en la eficiencia y/o resultado de la rutina que se me asigne.

En virtud de lo anteriormente expuesto, declaro y exonero de toda responsabilidad a **CASALLAS SOLA S.A.S** con Nit. No. 900.681.341-2 (o) **CENTRO ACONDICIONAMIENTO Y PREPARACIÓN FISICA WELLNES CENTER S.A.S** con Nit. 900.394.968-9, sociedades que operan bajo la marca **SPINNING CENTER GYM**, su área de servicios de Salud y a quienes lideran, dirigen y controlan el plan de ejercicios del cual seré participe.

Para constancia, firmo el presente documento en _____, a los _____ días del mes de _____ del año 20____.

FIRMA: _____