



### ACEPTACIÓN DE PROTOCOLO SANITARIO

D./Dña \_\_\_\_\_ con DNI /Pasaporte  
nº \_\_\_\_\_ como padre, madre o tutor legal de  
\_\_\_\_\_ con DNI /Pasaporte nº  
\_\_\_\_\_, declaro que:

- He recibido, leído y estoy conforme con el presente [protocolo sanitario](#).
- Ni el participante \_\_\_\_\_ ni su núcleo familiar ha presentado sintomatología relacionada con el coronavirus en los últimos 14 días, ni ha convivido ni ha estado en estrecho contacto con alguna persona con análisis positivo y/o sintomatología compatible con tal enfermedad.
- Acepto que se realice a \_\_\_\_\_ un test serológico cualitativo rápido para determinar si cumple con los requisitos sanitarios para participar en Campus Experience.
- Eximo a la Fundación Real Madrid y a Campus and Sport Events, empresa organizadora de Campus Experience, de cualquier responsabilidad respecto al estado de salud del participante, excepto de las dolencias que le pudieran ocasionar la práctica deportiva en el Campus.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020

**Firma:**

\*Nota informativa:

La firma de este documento deberá realizarse en las 72 horas previas al inicio del programa. Dicha firma es obligatoria para la asistencia del participante en Campus Experience Fundación Real Madrid 2020.