

EXPLORA BAILA - EXONERACIÓN Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

UBICACIÓN: Nicaragua

FECHAS DEL RETIRO: _____

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ **EMAIL:** _____

1. RECONOCIMIENTO DE RIESGOS

— Yo, el participante abajo firmante, entiendo que el retiro puede incluir actividades como (pero no limitadas a):

- Senderismo / Baile / Natación / Surf y deportes acuáticos.
- Navegación en bote / Yoga y ejercicio físico / Encuentros con vida silvestre.
- Tirolesa (ziplining) o deportes de aventura.
- Transporte por vehículo, bote o traslados (shuttles).

— Reconozco que estas actividades implican riesgos inherentes, que pueden incluir lesiones físicas, enfermedades, estrés emocional, daños a la propiedad o, en casos poco comunes, la muerte.

— Asimismo, reconozco que las condiciones en Nicaragua —tales como el terreno, el clima, las condiciones del océano, la seguridad vial, las instalaciones médicas y la vida silvestre— pueden presentar peligros adicionales.

— Elijo participar voluntariamente, plenamente consciente de estos riesgos.

2. ASUNCIÓN DE RIESGO

— Asumo expresa y voluntariamente la responsabilidad total por todos los riesgos asociados con mi participación en el retiro, ya sean previsibles o imprevisibles.

3. LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

En consideración a que se me permite participar en este retiro, por la presente libero, eximo y deslindo de toda responsabilidad a:

Explora Baila con Salsero y Laura, sus propietarios, empleados, guías, contratistas, agentes, voluntarios y afiliados de cualquier y toda responsabilidad, reclamo, demanda, acción o causa de acción que surja de lesiones, enfermedades, accidentes, pérdidas o daños que puedan ocurrir durante o como resultado de mi participación.

Esta liberación se aplica a la negligencia de los organizadores en la medida máxima permitida por la ley.

4. AUTORIZACIÓN MÉDICA

Doy fe de que estoy físicamente apto para participar en todas las actividades del retiro. En caso de lesión o enfermedad, autorizo al personal del retiro a obtener atención médica en mi nombre y acepto ser financieramente responsable de todos los costos asociados.

Entiendo que la atención médica en Nicaragua puede ser limitada y que los servicios de evacuación, si fuesen necesarios, pueden ser costosos.

5. RESPONSABILIDADES DE VIAJE, PASAPORTE Y SEGURO

Entiendo que es mi responsabilidad:

- Mantener documentos de viaje válidos y cumplir con todos los requisitos de inmigración.
- Obtener un seguro médico y de viaje adecuado.
- Seguir todas las instrucciones de seguridad proporcionadas por el personal del retiro.

6. PROPIEDAD PERSONAL

Acepto que los organizadores del retiro no son responsables de la pérdida, robo o daño de mis pertenencias personales.

7. AUTORIZACIÓN DE FOTOGRAFÍA Y MEDIOS (OPCIONAL)

YO [] DOY / [] NO DOY permiso para que los organizadores del retiro utilicen mi imagen, voz o semejanza en fotos o videos con fines promocionales sin compensación económica.

8. LEY APPLICABLE

Entiendo que este acuerdo se regirá e interpretará de acuerdo con las leyes de Nicaragua, así como cualquier ley aplicable del país de origen del participante.

9. ACUERDO VINCULANTE

— Reconozco que he leído, entendido y acepto voluntariamente los términos de esta Exoneración y Liberación. Este documento es vinculante para mí, mis herederos, ejecutores y cesionarios.

FIRMA DEL PARTICIPANTE: _____ **FECHA:** _____

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: NOMBRE: _____ **PARENTESCO:** _____

TELÉFONO: _____