



Categoría en la que participará

Nombre de la coreografía

Nombre del Maestro y / o Representante

Dirección de la Escuela o Representante

Teléfono

E-mail

Ciudad

Nombre completo de participantes

Favor de anotar si va a usar utilería y una breve descripción de las luces que necesita

RESPONSABILIDAD Bajo protesta de decir verdad hago constar que mi estado de salud es óptimo para desempeñarse físicamente, ya que no padece de algún tipo de enfermedad y/o no está bajo tratamiento alguno que le impida realizar la actividad física extenuante. Por tal motivo, libero de cualquier responsabilidad a la **Academia de Baile Adara y Fama y Producciones Academia Adara S. C.** por cualquier padecimiento o condición que me impida realizar mis actividades, así mismo acepto que todo accidente que se presente durante el **XXII Concurso Estatal de Baile Adara**, será considerado como riesgo deportivo y no será responsabilidad de la **Academia de Baile Adara y Fama y Producciones Academia Adara S. C.** no se hace responsable por pérdidas de objetos de valor.

Nombre y firma del Representante

Leí toda la convocatoria, acepto todos sus puntos y estoy de acuerdo en respetar el reglamento.

Fecha limite para inscribirse
Sábado 18 Mayo 2024