




FESTIVAL OLÍMPICO DE PLAYA 2025

COMITÉ OLÍMPICO DE PUERTO RICO

AGUAS ABIERTAS FPN 2025

 **Balneario Punta Salinas en Toa Baja, P.R.**

8 de febrero de 2025
6:45 am a 11:00 pm

SÁBADO, 8 DE FEBRERO

 6:45AM	Registro, cotejo y calentamiento *Favor llegar temprano
8:00AM	5K Federados FPN/ Femenino y Masculino Categoría 16-99 años
9:30AM	3K Federados FPN/ Abierto Femenino y Masculino Categoría 12-15 años Categoría 25-99 años y más (*Abierto)
10:00AM	1K Federados FPN/ *Abierto Femenino y Masculino Población Especial Categoría 9-13 años Categoría 16-24 años Categoría 18-99 años (*Abierto)
10:10AM	500mts. Federados FPN/ Femenino y Masculino Categorías 8-11 años Población Especial



FAVOR LLEGAR TEMPRANO EL ÁREA DE ESTACIONAMIENTO SERÁ UNO VIP PARA PERSONAL DEL COPUR
POR TANTO, HAY QUE LLEGAR TEMPRANO. A PARTIR DE LAS 9:00AM COMIENZAN OTROS DEPORTES.

ENVIAR DOCUMENTOS DE CERTIFICADO MÉDICO, INFORMACIÓN, AUTORIZACIÓN Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD A:

comisionaguasabiertas@natacionpr.org



Federación Puertorriqueña de Natación

Natación y Aguas Abiertas - Polo Acuático - Natación Artística - Clavado
WORLD AQUATICS-PANAM-CCCAN

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Válido por el año 2025

Nombre Completo: _____

Club _____ () Independiente Otro: _____

Dirección Física: _____

_____ # Contacto: _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad: _____ SEXO: () F () M

Nombre del padre o encargado: _____ # Contacto: _____

En caso de emergencia llamar a: _____ #Contacto: _____

AUTORIZACIÓN

() Niño () Joven () Adulto

Yo, _____, () padre () madre () o encargado autorizo a _____ a participar en todos los eventos programados de la Comisión de Aguas Abiertas de la Federación Puertorriqueña de Natación 2025. Además, autorizo su traslado al Centro de Salud más cercano en caso de emergencia y recibir tratamiento necesario.

RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Yo _____ () padre () madre () encargado () Mayor de edad relevo de toda responsabilidad a la Comisión de Aguas Abiertas por ende a la Federación Puertorriqueña de Natación, COPUR, a sus voluntarios, oficiales, entrenadores y del todo personal que colabore en el mismo y de auspiciadores de estos eventos, por cualquier incidente y/o accidente que pueda ocurrir como resultado de su participación en cualquiera de todos los eventos programados de dicha disciplina.

No obstante, certifico que la nadador@ _____ está en buena salud y apto para participar y competir en aguas abiertas.

Firma del Padre, Madre o Encargado, o Mayor de edad

____ / ____ / ____
Fecha

Firma representante AA/FPN



Federación Puertorriqueña de Natación

Natación y Aguas Abiertas - Polo Acuático - Natación Artística - Clavado
WORLD AQUATICS-PANAM-CCCAN

CERTIFICADO MÉDICO

Válido por el año 2025

Nombre Completo: _____

Club _____ () Independiente Otro: _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad: _____ SEXO: F () M ()

HISTORIAL MÉDICO MARQUE CON (X) SI TIENE ALGÚN PADECIMIENTO

- CONDICIÓN ASMÁTICA
- DIABETES
- ALTA PRESIÓN
- HIPOGLUCEMIA
- SINUSITIS

- DOLOR DE CABEZA
- TAQUICARDIA
- ENFERMEDADES CARDIACAS
- MIGRAÑA
- CONVULSIONES

OTROS: _____

SI MARCÓ CUALQUIERAS DE LAS ANTERIORES INDIQUE SI ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTOS:
SI () NO ()

ESPECIFIQUE: _____

ES ALÉRGICO ALGÚN MEDICAMENTO: SI () NO ()
ESPECIFIQUE: _____

Vacunado contra al COVID-19: SÍ () NO () Especifique: _____

Yo Dr. o Dra. _____ certifico que el o la paciente _____
se encuentra en buen estado de salud para participar en eventos físicos deportivos.

Firma del Médico

Número de licencia

____ / ____ / ____
Fecha