

CARTA RESPONSIVA DE PARTICIPACIÓN
CONCURSO NACIONAL DE BAILE DE HUAPANGO HUASTECO JACALA 2026, EDICIÓN XXXVI
“CNBHH XXXVI JACALA 2026”

Folio: _____

Jacala de Ledezma, Hidalgo, a 27 de noviembre de 2026.

Yo, _____ con CURP:

_____, manifiesto que acepto la presente responsiva:

☐ Por voluntad propia, como participante persona mayor de edad.

☐ En representación del participante persona menor de edad:

Nombre: _____

con CURP: _____ Parentesco: _____

De manera libre y consciente, bajo protesta de decir verdad, declaro lo siguiente:

1. **Participación voluntaria.** Mi participación, o la de la persona menor de edad que represento, es libre y voluntaria. Declaro conocer y aceptar la convocatoria, el reglamento, las categorías, las medidas de seguridad y las decisiones del jurado del CNBHH XXXVI Jacala 2026.
2. **Vestuario y pertenencias.** Soy responsable del vestuario, calzado, accesorios, equipo y demás artículos necesarios para concursar, así como de la custodia de mis objetos personales o los de la persona menor de edad representada.
3. **Salud y riesgos.** Declaro que cuento, o que la persona menor de edad representada cuenta, con condiciones de salud adecuadas para participar. Reconozco que el baile implica esfuerzo físico y riesgos propios de la actividad, como caídas, golpes, lesiones, cansancio o deshidratación, los cuales acepto voluntariamente. Me comprometo a informar previo a la participación cualquier padecimiento, lesión, alergia o condición médica relevante.
4. **Responsabilidad.** Asumo las consecuencias derivadas del incumplimiento del reglamento, de conductas imprudentes o de los riesgos ordinarios de la actividad, asimismo reconozco que la decisión del jurado es inapelable. Libero al Comité Organizador de reclamaciones relacionadas exclusivamente con los riesgos de la actividad, disposiciones y decisiones que se produzcan.
5. **Emergencias.** Autorizo al Comité Organizador para solicitar atención médica o servicios de emergencia de primeros auxilios cuando resulte necesario. Asumo la responsabilidad de cubrir los gastos médicos que se generen por autorización del suscrito participante, que sean distintos o adicionales a la atención primaria de emergencia.
6. **Datos personales.** Declaro que los datos y documentos proporcionados son verdaderos, completos y vigentes. Autorizo su tratamiento para fines de identificación, registro, acreditación, organización, elaboración de resultados, estadísticas, comprobación y atención de emergencias, de conformidad con el aviso de privacidad puesto a mi disposición en www.jacala.gob.mx

Declaro que comprendo el contenido y alcance de esta carta, y la firmo a nombre propio o en representación con absoluta libertad para los efectos correspondientes.

DATOS PARA EMERGENCIAS

Contacto: _____ Teléfono: _____

Alergias o condición médica relevante: _____

ACEPTACIÓN

Nombre del participante o representante: _____

Firma: _____ Teléfono: _____