

# CARTA DE LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

En San José, Costa Rica, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

Por medio de la presente, yo, \_\_\_\_\_, con documento de identidad número \_\_\_\_\_, en calidad de participante del Aída Spanish Program (en adelante, el “Programa”), declaro que libero de toda responsabilidad al Programa, a sus organizadores, representantes, empleados y colaboradores por cualquier lesión, accidente, daño o pérdida que pudiera ocurrir durante los viajes, excursiones o actividades realizadas en diferentes lugares de Costa Rica como parte del itinerario y actividades programadas.

Entiendo que Aída Spanish Program ha tomado las medidas necesarias para procurar la seguridad y el bienestar de todos los participantes; sin embargo, reconozco que pueden presentarse situaciones imprevistas y, en consecuencia, acepto asumir plena responsabilidad por cualquier incidente, daño o perjuicio que pudiera ocurrir durante mi participación en el Programa.

Declaro que he brindado mi información médica veraz y actualizada, y que cuento con un seguro de viaje vigente que cubre la atención médica que pudiera requerirse durante las fechas de realización del Programa.

He sido informado/a de los riesgos inherentes a estas actividades y me comprometo a seguir en todo momento las indicaciones del personal responsable.

## Riesgos Potenciales

- Transporte terrestre o marítimo (tráfico, estado de vías, maniobras, embarque/desembarque).
- Senderismo y caminatas (desniveles, resbalones, golpes, fatiga, exposición al sol).
- Actividades acuáticas (río, mar, piscinas, aguas termales), cambios de corriente o clima.
- Factores naturales (fauna, flora, clima, terreno irregular) y otros imprevistos razonables.

Por medio de este documento, libero de toda responsabilidad a los organizadores, instructores, guías y colaboradores del Programa por lesiones, pérdidas o daños que pudieran ocurrir, salvo en casos de dolo o culpa grave conforme a la ley aplicable.

Autorizo a recibir primeros auxilios y/o atención médica de emergencia si fuese necesario, asumiendo los costos correspondientes. Declaro haber leído y comprendido este documento antes de firmarlo.

Firma

---

Nombre completo

---

N.º de identificación / Pasaporte

---

Fecha

---

Nota: Adjuntar copia de un documento de identidad vigente. Conserve una copia firmada para sus registros.