**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

A los \_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_ del 202\_

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado (a) con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como acudiente del deportista \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien juega en la categoría \_\_\_\_\_\_\_.

Autorizo al club Invictus Soccer Stars FC y en representación suya a la fisioterapeuta y recuperadora muscular Camila Alejandra Clavijo Moncada, identificada con cédula de ciudadanía No. 1000472680 expedida en Tocancipá, a hacer test antropométricos y de carácter de salud entorno a la elasticidad muscular y la flexibilidad, con el objetivo de identificar los aspectos susceptibles de mejora en el rendimiento del deportista, junto con el riesgo existente o no de una lesión muscular, cuyos resultados serán expuestos con el entrenador, conmigo y con el deportista, para de esta manera establecer la ruta a seguir más adecuada.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma acudiente Firma deportista