



DECLARACIÓN DE EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD.

La compañía **FEELING COMPANY S.A.S.** fue contratada para la organización del evento **TOSH FEST DIGITAL**, en el que se ofrecerán prácticas de: YOGA, MEDITACIÓN, WORKOUT, entre otras, experiencias y prácticas que serán de asistencia voluntaria por parte de los participantes del evento. Para la realización de las prácticas se dispone del talento humano profesional e idóneo para guiar las mismas; con el fin de brindar seguridad y comodidad a los participantes.

La actividad física conlleva grandes beneficios y algunos riesgos, entre los cuales se incluyen la ocurrencia de lesiones óseas y/o musculares, y con menor probabilidad, la manifestación de problemas cardiacos, como infartos o arritmias, entre otros padecimientos de salud.

FEELING COMPANY S.A.S., las **MARCAS** participantes y las **COMPAÑÍAS** propietarias de las **MARCAS**, no se hacen responsables por los accidentes, enfermedades u otros padecimientos de salud derivados de la omisión de los participantes de acatar las recomendaciones realizadas por los profesionales en las diferentes prácticas de actividad física; responsabilidad que es asumida en su totalidad por el participante.

En forma libre y espontánea, al registrarme voluntariamente en el **TOSH FEST DIGITAL**, declaro y certifico que entiendo que la actividad física que practico en el marco del evento acarrea riesgos e implica la posibilidad de sufrir lesiones y/u otros padecimientos de salud, según fui informado en detalle por parte de **FEELING COMPANY S.A.S.**, las **MARCAS** participantes y las **COMPAÑÍAS** propietarias de las **MARCAS**.

Estoy de acuerdo con las recomendaciones, obligaciones y sugerencias arriba descritas, que se refieren al cuidado de mi salud y a las formas a seguir antes y durante la actividad y cada una de las prácticas ofrecidas. Entiendo que lo anterior no me exime de la responsabilidad de atender y respetar tales recomendaciones para reducir todo riesgo al máximo posible. Adicionalmente reconozco que es mi obligación informar a mi entidad de salud inmediatamente sobre dolor, incomodidad, fatiga u otro síntoma que considere pueda afectar mi salud o la ponga en riesgo, los mismos que puedan presentarse antes, durante y después de mi participación en las prácticas ofrecidas por **FEELING COMPANY S.A.S.**

Exonero de toda responsabilidad a **FEELING COMPANY S.A.S.**, las **MARCAS** participantes y las **COMPAÑÍAS** propietarias de las **MARCAS**, por cualquier situación desencadenada por el **NO** cumplimiento de las instrucciones que me fueron dadas.

Declaro que he leído, entiendo y acepto los términos de esta declaración en su totalidad.