



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 18 ΕΤΩΝ

ALL STAR CHEER OPEN 2024

«υπό την Αιγίδα της Ελληνικής Ομοσπονδίας ΤΣΙΡΛΙΝΤΙΝΓΚ»

ΦΟΡΕΑΣ _____

Δηλώνω υπεύθυνα ότι επιθυμώ να πάρω μέρος στο
OLYMPUS ALL STAR CHEER OPEN 2024

Πιστοποιώ, με απόλυτη προσωπική μου ευθύνη, ότι έχω προβεί στις απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις και έχω κάνει τον απαραίτητο καρδιολογικό έλεγχο, σε αρμόδιο παθολόγο & καρδιολόγο και έχω την άδεια να πάρω μέρος σε αθλητικές δραστηριότητες, είμαι σε καλή υγεία και δεν πάσχω από κάποια ασθένεια η οποία μπορεί να επηρεάσει την ικανότητά μου να πάρω μέρος, ή πιθανώς να επηρεαστώ δυσμενώς από την συμμετοχή μου σε αυτές.

Παραιτούμαι από κάθε απαίτηση/αξίωση εναντίον των υπευθύνων της Ελληνικής Ομοσπονδίας Τσιρλίντινγκ Αθλητικού Ομαδικού Χορού και των οργάνων της, καθώς και των διοργανωτών και των οργάνων τους για όποια τυχόν βλάβη ή ζημιά από οποιαδήποτε αιτία, και ειδικά σε πιθανότητα τραυματισμού ή άλλου ατυχήματος που μπορεί να μου συμβεί κατά την διάρκεια των αθλητικών δραστηριοτήτων. Συναινώ και δίνω την άδεια στην ελεύθερη χρήση του ονόματος/εικόνας μου από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, στο σύλλογο/φορέα, στην Ομοσπονδία, τους διοργανωτές και τους πιθανούς χορηγούς, αλλά και για την ενημέρωση των αρμοδίων αθλητικών αρχών. Δεδομένου ότι τα στοιχεία που βρίσκονται στη φόρμα συμμετοχής θα χρησιμοποιηθούν μόνο για σκοπούς που αφορούν στη διοργάνωση του συγκεκριμένου διαγωνισμού, συναινώ στη διατήρηση των προσωπικών μου στοιχείων (όνομα, ημερομηνία γέννησης, σωματείο/φορέα, χώρα συμμετοχής, κλπ) μετά το πέρας της διοργάνωσης για αρχαιακούς λόγους από την Ελληνική Ομοσπονδία Τσιρλίντινγκ Αθλητικού Ομαδικού Χορού. Δηλώνω ότι έχω διαβάσει όλους τους όρους συμμετοχής και τις σχετικές πληροφορίες και τις αποδέχομαι.

ΣΕ ΟΛΗ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΑΓΩΝΑ ΘΑ ΥΠΑΡΧΕΙ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΙΒΛΕΨΗ

Η αίτηση εγγραφής και συμμετοχής στο Olympus All Star Cheer Open 2024 συνοδεύεται απαραίτητα από την Κάρτα Υγείας Αθλητή ή Ισχύουσα Ιατρική Βεβαίωση από Καρδιολόγο ή Παθολόγο ή Παιδίατρο & την παρούσα Υπεύθυνη Δήλωση Συμμετοχής.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ (με κεφαλαία γράμματα)		
ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: ΥΠΑΡΧΕΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ π.χ. (ΔΙΑΒΗΤΗΣ, ΑΝΑΙΜΙΑ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΩ:		
Άλλες χρήσιμες πληροφορίες:		
ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΘΛΗΤΗ:	ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	