



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 18 ΕΤΩΝ

ALL STAR CHEER OPEN 2024

«υπό την Αιγίδα της Ελληνικής Ομοσπονδίας ΤΣΙΡΛΙΝΤΙΝΓΚ»

ΦΟΡΕΑΣ _____

Δηλώνω υπεύθυνα ότι επιτρέπω στο παιδί μου να πάρει μέρος στο OLYMPUS ALL STAR CHEER OPEN 2024

Πιστοποιώ, με απόλυτη προσωπική μου ευθύνη, ότι το παιδί μου έχει προβεί στις απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις, έχει κάνει τον απαραίτητο καρδιολογικό έλεγχο, σε αρμόδιο παιδίατρο & καρδιολόγο και έχει την άδεια να πάρει μέρος σε αθλητικές δραστηριότητες, είναι σε καλή υγεία και δεν πάσχει από κάποια ασθένεια η οποία μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του παιδιού μου να πάρει μέρος, ή πιθανώς να επηρεαστεί δυσμενώς από την συμμετοχή του σε αυτές. Παραιτούμαι από κάθε απαίτηση/αξίωση εναντίον των υπευθύνων της Ελληνικής Ομοσπονδίας Τσιρλίντινγκ Αθλητικού Ομαδικού Χορού και των οργάνων τους, 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 συμβεί στο παιδί μου κατά την διάρκεια των αθλητικών δραστηριοτήτων. Συναινώ και δίνω την άδεια στην ελεύθερη χρήση του ονόματος/εικόνας μου και του παιδιού μου από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, στον 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 και των στοιχείων του παιδιού μου (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 ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ (με κεφαλαία γράμματα)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΘΛΗΤΗ	
ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: ΥΠΑΡΧΕΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ π.χ. (ΔΙΑΒΗΤΗΣ, ΑΝΑΙΜΙΑ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ)	ΝΑΙ ΟΧΙ	
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΩ:		
Άλλες χρήσιμες πληροφορίες:		
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑ (με κεφαλαία γράμματα)		
ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:		