



ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ _____

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 18 ΕΤΩΝ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

**Δηλώνω υπεύθυνα ότι επιθυμώ να πάρω μέρος στο
DIAMOND CHEER OPEN CHRISTMAS CUP 2024**

Πιστοποιώ, με απόλυτη προσωπική μου ευθύνη, ότι έχω προβεί στις απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις, έχω κάνει τον απαραίτητο καρδιολογικό έλεγχο, σε αρμόδιο παθολόγο ή/και 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 ικανότητα μου να πάρω μέρος, ή πιθανώς να επηρεαστεί δυσμενώς από την συμμετοχή μου σε αυτές.

Παραιτούμαι από κάθε απαίτηση εναντίον των υπευθύνων της ομοσπονδίας και διοργανωτών για τυχόν βλάβη ή ζημιά από οποιαδήποτε αιτία, και ειδικά σε πιθανότητα τραυματισμού ή άλλου ατυχήματος που μπορεί να μου συμβεί κατά τη διάρκεια των αθλητικών δραστηριοτήτων. Συναινώ και δίνω την άδεια στην ελεύθερη χρήση του ονόματος/εικόνας μου από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, στον σύλλογο, στην ομοσπονδία, τους διοργανωτές και τους χορηγούς για προωθητικούς λόγους, 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 μου (όνομα, ημερομηνία γέννησης, club, χώρα συμμετοχής, κλπ) μετά το πέρας της διοργάνωσης για αρχαιακούς λόγους από την Ελληνική Ομοσπονδία. Δηλώνω ότι έχω διαβάσει όλους τους όρους συμμετοχής και τις σχετικές πληροφορίες και τις αποδέχομαι.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: ΥΠΑΡΧΕΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ π.χ. (ΔΙΑΒΗΤΗΣ, ΑΝΑΙΜΙΑ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ) ΝΑΙ ___ ΟΧΙ ___

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΩ: _____

Άλλες χρήσιμες πληροφορίες: _____

ΣΕ ΟΛΗ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΑΓΩΝΑ ΘΑ ΥΠΑΡΧΕΙ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΙΒΛΕΨΗ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ (με κεφαλαία γράμματα) **ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ** _____

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ _____

ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

<u>ΥΠΟΓΡΑΦΗ</u>
