

# HERCULES SERIES



## Υπεύθυνη Δήλωση Καλής Υγείας Ανήλικου Αθλητή – ΓΡΑΠΤΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ

Όνοματεπώνυμο κηδεμόνα:

Email κηδεμόνα:

Τηλέφωνο κηδεμόνα:

1. Όνομα ανήλικου:

2. Επώνυμο ανήλικου:

3. Όνομα Πατρός:

4. Εθνικότητα:

5. Ημερομηνία Γέννησης :

6. Ασθένειες ή αλλεργίες που πρέπει να γνωρίζει η οργανωτική επιτροπή:

Με ατομική μου ευθύνη, δηλώνω ότι ως κηδεμόνας του/της \_\_\_\_\_ με ημερομηνία γέννησης \_\_\_\_\_ γνωρίζω πως ο αγώνας που λαμβάνει μέρος είναι μια δραστηριότητα η οποία μπορεί να επιφέρει κινδύνους για την σωματική του/της ακεραιότητα από ασθένεια, τραυματισμό έως και θάνατο. Με την παρούσα δήλωση, δηλώνω ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή, ότι έχει προβεί στις απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις και έχει κάνει τον απαραίτητο καρδιολογικό έλεγχο για να διαπιστωθεί η καλή του υγεία και η φυσική του κατάσταση που απαιτείται για την δοκιμασία του αγωνίσματος που θα συμμετάσχει. Η συγκεκριμένη δήλωση θα χρησιμοποιηθεί από τους διοργανωτές σε κάθε περίπτωση που κριθεί απαραίτητο. Με την Δήλωσή μου αυτή, βεβαιώνω ότι λαμβάνει μέρος στους αγώνες αποκλειστικά με δική μου ευθύνη και παραιτούμαι από κάθε σχετική αποζημίωση για τυχόν τραυματισμό, θάνατο, κλοπή ή ζημιά σε αγωνιστικό εξοπλισμό κατά την διάρκεια των αγώνων και απαλλάσσω πλήρως και ολοσχερώς τους διοργανωτές των αγώνων και τους συνεργάτες αυτών όπως: χορηγοί, εθελοντές, κριτές και φορείς. Συναινώ στην συλλογή, επεξεργασία και χρήση των προσωπικών του/της δεδομένων για τους σκοπούς που υπόκεινται στη Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, επιτρέπω να χρησιμοποιηθούν ελεύθερα από τους διοργανωτές και χορηγούς μέσα σε νόμιμα πλαίσια φωτογραφίες και βίντεο που θα ληφθούν κατά την διάρκεια της εκδήλωσης προς τα μέσα ενημέρωσης και οπουδήποτε κριθεί σκόπιμο από αυτούς.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΗΔΕΜΟΝΑ

Ημερομηνία \_\_\_/\_\_\_/202\_