

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος δηλώνω υπεύθυνα ότι είμαι αθλητής με Αριθμό Δελτίου “.....”, είμαι απολύτως υγιής και έχω υποστεί την εντός του τελευταίου εξαμήνου προβλεπόμενη από το νόμο σχετική ιατρική εξέταση από ιατρό, που προκύπτει ότι δύναμαι να αγωνίζομαι χωρίς κίνδυνο της υγείας μου.

Επίσης δηλώνω υπεύθυνα ότι δεν πάσχω από μεταδοτικές ασθένειες που μπορούν να βλάψουν την υγεία των ανθρώπων γύρω μου με δική μου ευθύνη και από δική μου αμέλεια. Λαμβάνω μέρος στους αγώνες αναγνωρίζοντας ότι λόγω της φύσεως του αθλήματος, πολεμικής τέχνης, στην οποία αγωνίζομαι (.....) χρησιμοποιούνται κατά κανόνα χτυπήματα πλήρους επαφής ή ημιεπαφής στο σώμα και στο πρόσωπο και εξ αυτού του λόγου είναι δυνατόν να προκληθούν τραυματισμοί και ατυχήματα. Εξ αυτού του λόγου απαλλάσσω από κάθε ευθύνη την οικεία Ομοσπονδία του αθλήματος, τα μέλη της διοίκησης του Συλλόγου, την διεύθυνση του γυμναστηρίου, τους προπονητές, τους γιατρούς που καλύπτουν τον αγώνα, διοργανωτές και διαιτητές των αγώνων στους οποίους πρόκειται να συμμετάσχω καθώς επίσης και τον συναθλητή μου και τους προπονητές του με τον οποίο αγωνίζομαι.

Παραιτούμαι δε του δικαιώματος να στραφώ δικαστικά ή εξωδικαστικά, εγώ ή οι συγγενείς μου κατά των ανωτέρω για τις παραπάνω αιτίες, καθώς και από την αξίωση του αδικαιολόγητου πλουτισμού.

Το παρόν έντυπο είναι υπογεγραμμένο από το ιατρό του αγώνα που έκανε τον σημερινό ιατρικό έλεγχο και δεν έχει παρατηρήσεις ή επιφυλάξεις για την συμμετοχή του αθλητή στους αγώνες.

Στοιχεία Αθλητού

ΕΠΩΝΥΜΟ
ΟΝΟΜΑ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
ΠΕΡΙΟΧΗ
ΠΟΛΗ/Τ.Κ.
ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ
ΤΗΛΕΦΩΝΟ
ΑΡΙΘΜ. ΔΕΛΤ. ΤΑΥΤ.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΘΛΗΤΗ

ΗΜ/ΝΙΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΑΓΩΝΑ

ΙΑΤΡΟΣ ΑΓΩΝΑ

Σε περίπτωση που ο αθλητής δεν έχει συμπληρώσει το 18^ο έτος της ηλικίας του, είναι απαραίτητη η επικυρωμένη από την αστυνομία υπογραφή του κηδεμόνα.

Στοιχεία κηδεμόνα

ΕΠΩΝΥΜΟ
ΟΝΟΜΑ
ΑΡΙΘΜ. ΔΕΛΤ. ΤΑΥΤ.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΗΔΕΜΟΝΑ

Statement of Participation in fights

I hereby do declare that I am athlete with card number “.....”, I am absolutely healthy and according to the law, in the past 6 months I have been examined by a doctor, and have been found able to fight without endangering my health.

Also I responsibly declare that I do not suffer from any contagious illnesses that may harm the health of persons around me and from my responsibility, of which I will be responsible. I acknowledge that the nature of sport/martial art in which I participate (.....) involves, as a rule, full contact or semi - contact blows to the body and to the face/head and that wounds and injuries may be inflicted/caused. I take part in the fights exempting from any responsibility the whole network of the fights: the Federation, the Administration, and the owners of the gym, the coaches/trainers, and the doctors that cover the fight, the organizers and the referees of fights in which I am to participate and the other athletes and his coaches.

I renounce/waive the right to any legal action, taken by me or any of my relatives, against the above mentioned for any of the given causes, as well as to any unjustifiable financial claim.

The present form is signed by the doctor of the fights, who performed today's medical check and evaluation and has no observations or reservations that would prohibit the attendance of the athlete in the fights.

Athlete's Data

LAST NAME
FIRST NAME
ADDRESS
CITY/ZIP CODE
COUNTRY
DATE OF BIRTH
TELEPHONE
ID

SIGNATURE

DATE OF THE FIGHT

DOCTOR OF THE FIGHT

In the event that the athlete is under 18 years of age, the signature of consent of the parent/guardian, verified by the police, is absolutely necessary.

Guardian's Data

LAST NAME
FIRST NAME
ID

GUARDIAN'S SIGNATURE