



טופס הצהרת בריאות למשתתף באירועי גביע המדינה באולימפיית 2015

שם מלא _____, ת.ז. או מס' דרכון _____,

מין זכר / נקבה, מספר טלפון _____, תאריך לידה _____, (DD/MM/YYYY)

הצהרה:

אני החתום מטה מתחייב ומאשר בזאת כדלהלן:
אני מעוניין להשתתף באירועי גביע המדינה באולימפיית 2015 (להלן: "האירוע") המאורגנים ע"י ההתאחדות הישראלית לענפי הפריסבי ע"ר (להלן "העמותה"). חתימתי מטה ו/או חתימת האפוסטרופוס שלי מהווים הסכמה מלאה לכל האמור במסמך אישור זה. ידוע לי כי האירוע של העמותה דורש כושר גופני ומאמץ פיסי ואני מצהיר כי ככל הידוע לי מצב בריאותי מאפשר השתתפות באירועים מסוג זה, וכי אני לוקח אחריות אישית מלאה על כל החמרה במצב בריאותי הנגרם במישרין או בעקיפין מהשתתפותי באירוע זה של העמותה ואני מצהיר כי אין לי כל תביעה או זכות כנגד מארגני האירוע ו/או העמותה בגין פגיעה ו/או נזק כאמור.

ידוע לי כי מארגני האירוע והעמותה אינם אחראים על כל נזק, גניבה, אובדן או פגיעה שיגרמו לרכושי ו/או לרכושו של אחר המצוי ברשותי במהלך שהותי באירוע, מכל סיבה שהיא, ואני מצהיר כי אין לי ולא תהא לי כל תביעה או זכות כנגד מארגני האירוע ו/או העמותה בגין פגיעה ו/או נזק ו/או אובדן כאמור. ידוע לי כי לאירוע חוקים ותקנות המתפרסמים מעת לעת באינטרנט באתר העמותה ואני מתחייב לעמוד בכל החוקים והתקנות הללו. ידוע לי כי במידה ולא אעמוד בחוקים ותקנות אלו, יהיו מארגני האירוע רשאים להפסיק את השתתפותי באירוע בכל עת, ללא חזר כספי.

הנני מאשר בזאת לעמותה ונציגיה לצלם, להסריט ו/או להקליט אותי באירועים ולהשתמש בחומר זה לפרסום פעילות העמותה. הנני מאשר שימוש זה מתוך הבנה שלא יהיה ניצול בלתי הולם בכל ה"ל. הרשות ניתנת לאנשי העמותה ולפועלים מטעמה בלבד.

אני מצהיר כי כל האמור לעיל תקף באירועי גביע המדינה 2015 המאורגנים על ידי ההתאחדות הישראלית לענפי הפריסבי (ע"ר)

לראייה, באתי על החתום:

חתימת הספורטאי

שם הספורטאי

.....

יש למלא חלק זה רק במידה והספורטאי הינו קטין (מתחת לגיל 18)

אני, החתום מטה, מסכים ומאשר את כל האמור לעיל. בנוסף, אני מאשר את השתתפותו של בני / בתי, _____ באירועי גביע המדינה לאולימפיית המאורגנים על ידי ההתאחדות הישראלית לענפי הפריסבי(ע"ר)

חתימת אפוסטרופוס

ת.ז. אפוסטרופוס

שם האפוסטרופוס