



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ

Μικτών Πολεμικών Τεχνών



Υπεύθυνη Δήλωση Συμμετοχής σε Αγώνες Επίδειξης

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 επίδειξης αναγνωρίζοντας ότι λόγω της φύσεως του αθλήματος, πολεμικής τέχνης, στην οποία αγωνίζομαι (Μικτές Πολεμικές Τέχνες - MMA) 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 επίδειξης, διοργανωτές και διαιτητές των αγώνων επίδειξης 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 της διοργάνωσης που έκανε τον σημερινό ιατρικό έλεγχο και δεν έχει παρατηρήσεις ή επιφυλάξεις για την συμμετοχή του αθλητή στους αγώνες επίδειξης.

Στοιχεία επίλεκτου αθλητή:

ΕΠΩΝΥΜΟ:
ΟΝΟΜΑ:
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:
ΠΟΛΗ/Τ.Κ.:
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:
ΑΡ. ΔΕΛΤ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΘΛΗΤΗ:

ΗΜΕΡ. ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΑΓΩΝΑ ΕΠΙΔΕΙΞΗΣ:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ:

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:
ΑΡ. ΔΕΛΤ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΗΔΕΜΟΝΑ:

Statement of Participation in Demonstration 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 people 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 (Mixed Martial Arts - MMA) 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 demonstration fights exempting from any responsibility the whole network of the demonstration fights: the Federation, the Administration, and the owners of the gym, the coaches/trainers, and the doctors that cover the demonstration fight, the organizers and the referees of demonstration 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 demonstration 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 demonstration fights.

Athlete's Data:

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

SIGNATURE:

DATE OF THE DEMOSTRATION FIGHT:

DOCTOR'S SIGNATURE:

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 NUMBER:

GUARDIAN'S SIGNATURE: