



TEILNAHMEERKLÄRUNG

Herr/Frau

FAMILIENNAME:	
VORNAME:	
VATERNAME:	
ADRESSE:	
TELEFON:	
DISZIPLIN:	
ORT DER AUSFÜHRUNG:	ATHEN
DATUM-ZEIT DER VERANSTALTUNG:	06 10 2021 - 09 10 2021
VERNASTALTER:	HELLENIC ORGANIZATION of COMPANY SPORT and HEALTH

HIERMIT ERKLÄRE ICH:

* Ich habe eine medizinische Untersuchung im letzten Trimester durchgeführt und befinde mich in guter körperlicher Verfassung und bin bereit an der Sportveranstaltung die ich auf eigene Gefahr gewählt habe, voll und ganz bewusst der Folgen des Gesetzes in Bezug auf diese Erklärung teilzunehmen,

* ich nehme am oben genannten Wettbewerb freiwillig und an meiner alleinigen Verantwortung im Zusammenhang mit den damit verbundenen Problemen von Verletzungen/Unfällen/Gesundheit, Beschädigungen und/oder Verlusten von Gegenständen usw. (positiv, delativ, moralisch, materiell, körperlich) teil, nachdem ich genau über die Bedingungen für die Teilnahme an die Veranstaltung informiert worden bin sowie über die Orte der Durchführung/Angebote der Veranstalter usw., und dass die Teilnahme an dieser Sportart selbst gewisse Risiken mit sich bringt.

* ich entpflichte die Veranstalter, Mitorganisatoren und die an der Sportveranstaltung beteiligten Organisationen sowie deren Vertreter und die damit beauftragten Personen von jeglicher Verantwortung, desweiteren verzichte ich ausdrücklich auf Schadensersatzansprüche für Schäden, die ich wie oben genannt erlitten habe.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____