



BLACKOUT
★ FIGHT SERIES ★

FELELŐSSÉGI NYILATKOZAT

BLACKOUT FIGHT SERIES

Kérjük, figyelmesen olvassa el az alábbi nyilatkozatot, töltsse ki a kért adatokat, dátummal és aláírással lássa el. Ezt a nyilatkozatot a rendezvényen való részvétel feltételeként kell leadni és a regisztráció során érvényesíteni.

1. VERSENYZŐ ADATAI

Név:		Születési dátum:	
Lakcím:			
Telefonszám:		Email cím:	
Vészhelyzeti kapcsolattartó neve:		Telefonszám:	

2. NYILATKOZAT

Alulírott ezennel kijelentem és elfogadom az alábbiakat:

- ★ Kijelentem, hogy jó egészségi állapotban vagyok, nincsen semmilyen olyan betegségem, sérülésem vagy panaszom, amely veszélyeztetné a részvételemet a Blackout Fight Series rendezvényén.
- ★ Tudomásul veszem, hogy a küzdősport, különösen a ringben zajló küzdelmek, sérüléssel járó kockázattal járnak, és a részvétel saját felelősségemre történik.
- ★ Vállalom a teljes felelősséget minden, a rendezvényen való részvételem során bekövetkező sérülésért, balesetért vagy egyéb káreseményért.
- ★ Kijelentem, hogy nem állok alkohol vagy tudatmódosító szer hatása alatt, és vállalom, hogy a mérkőzések alatt sem fogyasztok ilyet.
- ★ Tudomásul veszem és elfogadom a Blackout Fight Series versenyszabályait és a rendezői utasításokat. A bírók, orvosok és a szervezők döntését tiszteletben tartom és véglegesnek fogadom el.
- ★ Hozzájárulok, hogy a rendezvényen rólam készült fotó-, videó- és hangfelvételek a Blackout Fight Series promóciós céljaira (közösségi média, weboldal, sajtómegjelenések stb.) felhasználásra kerüljenek.
- ★ Hozzájárulok személyes adataim kezeléséhez a Blackout Fight Series adatkezelési tájékoztatójában foglaltak szerint. Az adatkezelési tájékoztató elérhető a rendezvény helyszínén vagy kérésre megküldjük.
- ★ Kijelentem, hogy a nyilatkozatban megadott adatok a valóságnak megfelelnek.

**A BLACKOUT FIGHT SERIES RENDEZVÉNYEN VALÓ RÉSZVÉTEL
KIZÁRÓLAG SAJÁT FELELŐSSÉGEMRE TÖRTÉNIK!**

3. 18 ÉV ALATTI VERSENYZŐK ESETÉBEN – TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ NYILATKOZATA

Alulírott törvényes képviselő kijelentem, hogy a fenti nyilatkozatot elolvastam, megértettem és hozzájárulok ahhoz, hogy a nevezett kiskorú a Blackout Fight Series rendezvényen részt vegyen.

Törvényes képviselő neve:			
Telefonszám:		Email cím:	

4. ALÁÍRÁS

Versenyző aláírása
(18 év felett kötelező)

Törvényes képviselő aláírása
(18 év alatti versenyző esetén kötelező)

Dátum:

Dátum: