**ΑΠΕΜΠΟΛΗΣΗ ΕΥΘΥΝΗΣ**

|  |
| --- |
| Σωματείο: ..................................................................................................................................................................... |
| Ονοματεπώνυμο συμμετέχοντος: ................................................................................................................................ |
| Ημερομηνία γεννήσεως: ..................................................... | Φύλο: ........................................................................ |
| Υπηκοότητα: ........................................................................ | Διαβατήριο ἡ Α.Δ.Τ: .................................................. |

Εγώ ο/η................................................................................................ υπογράφων, εν γνώσει και χωρίς την απειλή πίεσης ἡ βίας, υποβάλω οικειοθελώς την αίτηση μου στο **Baltic Open Wushu Kung Fu Championship** ως μέλος της αποστολής της **ΚΥΠΡΙΑΚΗΣ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ Γούσου Κούγκ Φου**. Λαμβάνοντας υπόψη την αποδοχή της αίτησης μου από τη **ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ Γούσου Κούγκ Φου**, δια του παρόντος αναλαμβάνω κάθε κίνδυνο σωματικής και ψυχικής βλάβης, ανικανότητας και απώλειας που μπορεί να προκύψει σε σχέση με τη συμμετοχή μου στους Αγώνες που διοργανώνονται στις **22 – 23 Μαρτίου 2025 στο Βίλνιους στη Λιθουανία**, ενεργώντας για τον εαυτό μου, τους κληρονόμους μου, τους προσωπικούς μου πράκτορες, αντιπροσώπους και εκδοχείς, και με το παρόν απαλλάσσω την **ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ Γούσου Κούγκ Φου**, τους λειτουργούς της, πράκτορες, εκπροσώπους, εθελοντές και άλλα μέλη που σχετίζονται με αυτήν από όλες τις αξιώσεις, αγωγές και νομικές διαφορές λόγω οποιουδήποτε θέματος που μπορεί να μου προκύψει λόγω της συμμετοχής μου στους Αγώνες.

Αντιλαμβάνομαι ότι είναι υποχρέωση μου να λάβω ιατρική κάλυψη. Συμφωνώ να τηρώ και να ακολουθώ τους κανονισμούς που καθορίζονται από τους διοργανωτές και καταλαβαίνω ότι η διαμαρτυρία μου πρέπει να διεξάγεται σύμφωνα με τους κανόνες της διαιτησίας.

Συμφωνώ ότι η επίδοση μου, παρακολούθηση και συμμετοχή στους **Αγώνες**, να μπορεί να φωτογραφηθεί, κινηματογραφηθεί ή αλλιώς να καταγραφεί και να προβληθεί σε μέσα κοινωνικής δικτύωσης, τηλεοπτική εκπομπή ζωντανά ή μαγνητοσκοπημένα.

Συναινώ στη χρήση από τους **διοργανωτές** και τη **ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ Γούσου Κούγκ Φου,** του ονόματος, διεύθυνσης, φωνής, πόζας, φωτογραφίας και βιογραφικών στοιχείων μου σχετικά με πλήρη ή μερικά, σε οποιαδήποτε μορφή ή γλώσσα, με ή χωρίς άλλο υλικό, σε όλο το κόσμο, χωρίς περιορισμό, για τη τηλεόραση, ραδιόφωνο, βίντεο, θεατρική εικόνα, ή οποιοδήποτε άλλο μέσο από οποιοδήποτε συσκευές γνωστές σήμερα ή εφεξής και με τη παρούσα δήλωση αποποιούμαι οποιασδήποτε αποζημίωσης στο πλαίσιο αυτών, καθώς και τυχόν μελλοντικά δικαιώματα στα παραπάνω.

**Έχω διαβάσει και κατανοήσει πλήρως την απεμπόληση ευθύνης που αναφέρεται παραπάνω.
(Υπογραφή του γονέα ή κηδεμόνα είναι απαραίτητη, εάν ο συμμετέχων είναι κάτω των 18 ετών)**

|  |  |
| --- | --- |
| ............................................................................. | ............................................................................. |
| Ονοματεπώνυμο γονέα / κηδεμόνα  | Υπογραφή |
| ............................................................................. | ............................................................................. |
| Υπογραφή συμμετέχοντα  | Ημερομηνία |