

**OŚWIADCZENIE CZŁONKA ZESPOŁU O STANIE ZDROWIA I BRAKU
PRZECWISKAZAŃ ZDROWOTNYCH DO UDZIAŁU W WYŚCIGU**

RACE AROUND POLAND

.....
Imię i nazwisko, adres zamieszkania, data urodzenia

Zgłaszając się do udziału w wyścigu kolarskim *Race Around Poland* w charakterze członka zespołu wspierającego uczestnika, będąc świadom(a), że:

- a) Wyścig kolarski na trasie ok. 3600 km, w otwartym ruchu ulicznym, przebiegający przez zróżnicowany teren, w tym znaczące przewyższenia, o charakterze nieprzerwanym i wielodniowym, wymaga od uczestnika oraz wspierających go członków zespołu ekstremalnego wysiłku, oraz wiąże się z ponadprzeciętnym ryzykiem wystąpienia negatywnych skutków zdrowotnych w każdej postaci, niezależnie od wcześniejszego przygotowania kondycyjnego, a także m.in. ryzykami wynikającymi z obniżonej koncentracji w ruchu;
- b) Charakter zadań członka zespołu wspierającego uczestnika skutkuje tym, że jego niedyspozycja fizyczna lub psychiczna może mieć wpływ na poziom bezpieczeństwa uczestnika, innych członków zespołu lub osoby trzeciej;

Ja, niżej podpisany(a), oświadczam, że mam zapewnioną odpowiednią opiekę lekarską i regularnie przechodzę badania, z których wynika, że pozostaję zdolny(a) do udziału w wyścigach kolarskich w charakterze członka zespołu wspierającego, jestem świadomy(a) swojego stanu zdrowia i nie mam żadnych przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających mi bezpieczny udział Wyścigu.

Przystępuję do Wyścigu na własną odpowiedzialność. Zapoznałem(am) się z Regulaminem i zobowiązuje się go przestrzegać a także stosować do zaleceń Organizatora.

Przyjmuję do wiadomości, że Organizator nie ponosi odpowiedzialności za odniesione przeze mnie, lub przez inne osoby z mojego powodu w trakcie Wyścigu kontuzje i inne uszczerbki na zdrowiu, jak również za ewentualny, negatywny wpływ mojego udziału w Wyścigu na stan mojego zdrowia.

.....

czytelny podpis uczestnika