

## ZAŁĄCZNIK 2A

### OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA 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*, będąc świadom(a), że:

- a) Kolarstwo jest sportem wytrzymałościowym, wymagającym doskonałej sprawności fizycznej oraz psychicznej, odporności na zastane warunki a także wydolności całego organizmu;
- b) 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 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;

Ja, niżej podpisany(a), oświadczam, że mam zapewnioną odpowiednią opiekę lekarską i regularnie przechodzę badania potwierdzające moją zdolność do udziału w wyścigach kolarskich, 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 w trakcie Wyścigu kontuzje i inne uszkodzenia na zdrowiu, jak również za ewentualny, negatywny wpływ mojego udziału w Wyścigu na stan mojego zdrowia.

.....  
czytelny podpis uczestnika