

Международные соревнования по Кудо  
«Российский Кубок дружбы»  
29-30 сентября 2023 г. Россия, г. Калининград.

**Освобождение от ответственности**

Личные данные участника

Наименование Федерации (филиал):			
Имя:			
Фамилия:			
Дата рождения:	день:    месяц:    год:	<input type="checkbox"/> мужчина <input type="checkbox"/> женщина	
Национальность:		Номер паспорта:	
Позиция в команде (поставьте галочку ✓ в соответствующем поле)	Я: <input type="checkbox"/> Лидер команды <input type="checkbox"/> Тренер <input type="checkbox"/> Участник <input type="checkbox"/> Судья <input type="checkbox"/> Другое		
Коэффициент:	<input type="checkbox"/> 230 <input type="checkbox"/> 240 <input type="checkbox"/> 250 <input type="checkbox"/> 260 <input type="checkbox"/> 270 <input type="checkbox"/> 270+ <input type="checkbox"/> 220+		

Я, \_\_\_\_\_ нижеподписавшийся, сознательно и без принуждения, добровольно подаю заявку на участие в Российском Кубке Дружбы в связи с тем, что Федерация кудо России принимает мою заявку, настоящим я принимаю на себя весь риск физических и психических травм, инвалидности и убытков, которые могут возникнуть в результате или в связи с моим участием в Российском Кубке Дружбы, действуя от своего имени, наследников, личных должностных лиц, агентов, представителей и правопреемников, настоящим я освобождаю Федерацию Кудо России, ее должностных лиц, агентов, представителей, служащих, наемных работников, волонтеров и всех других связанных с ней членов от всех претензий, действий, исков и разногласий по закону или справедливости по любому вопросу, причине или вещественному доказательству, которые я могу получить в результате или в связи с моим участием в Российском Кубке дружбы. Я полностью понимаю, что любая медицинская помощь или лечение, будет относиться только к оказанию первой помощи и настоящим я освобождаю Федерацию Кудо России, ее должностных лиц, агентов, представителей, служащих, волонтеров и всех других связанных с ними лиц, от любых обязательств по моему лечению, кроме оказания первой медицинской помощи. Я понимаю, что получение медицинской страховки является моей обязанностью.

Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ОЗНАКОМИЛСЯ С ЭТИМ ДОКУМЕНТОМ И ПОЛНОСТЬЮ ПОНИМАЮ ЭТУ КОНЦЕПЦИЮ. Я ОСОЗНАЮ, ЧТО ЭТО ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ И ДОКУМЕНТ Я ПОДПИСЫВАЮ САМ.

Подпись участника: \_\_\_\_\_

Дата: / \_\_\_\_\_ /