

אישור מסגרת המשתתפת ביום ספורט באולינג

הערה: אישור זה אינו מהווה הרשמה ליום הספורט.
ההרשמה הקובעת הנה זו המבוצעת במערכת ההרשמה המקוונת.

שם המסגרת: _____ כתובת: _____

שם איש הקשר: _____ תפקיד: _____

מס' טלפון: _____ כתובת דוא"ל: _____

מקום התחרות: מרכז הבאולינג עיר ימים נתניה

מועד התחרות: 23.5.19

חובה לשלוח רשימת משתתפים ביחד עם אישור זה.

רשימת המשתתפים צריכה לכלול את הפרטים הבאים:

שם פרטי

שם משפחה

תאריך לידה

מספר תעודת זהות

מין - זכר/נקבה

בחתימתנו על טופס זה אנו מאשרים ומתחייבים בזאת, כלפי העמותה למשחקים מיוחדים (ע"ר) מס' 580114825 (להלן: העמותה) וכלפי מרכז הבאולינג בנתניה המארחים את פעילות העמותה ו/או מי מטעמה, ביחס לכל המשתתפים מטעמנו ביום הספורט במסגרת העמותה, כדלהלן:

1. כי בידנו אישור מגורם רפואי מוסמך המעיד על כשירות כל ספורטאינו להשתתף ביום הספורט המתקיים על ידי העמותה והמוכר לנו בתחום הבאולינג.
2. כי אנו מבטחים כדין את פעילות כל ספורטאינו, לרבות השתתפותם בפעילות העמותה והגעתם למקום היערכותה וחזרה ממנה.
3. כי ידוע לנו שבשל אופי הפעילות, עלולות להיגרם פגיעות ו/או פציעות, על אף שהעמותה ומנהלי התחרות עושים כדי למנוע זאת, לרבות הקפדה על נהלי בטיחות.
4. כי כל ספורטאינו ינהגו בהתאם להנחיות מנהלי הפעילות ולנהליה ביחס להתנהלות במקום ולשימוש בציוד במהלך הפעילות.
5. כי לא תהיה לנו כל טענה ו/או תביעה כנגד העמותה למשחקים מיוחדים ו/או מי מטעמה בכל הנוגע לפעילות הנערכת במועד יום הספורט.

תאריך

חתימה וחותמת

שם המסגרת