

**Fun Zone
Pardubice
24. a 25. srpna**

PROHLÁŠENÍ ÚČASTNÍKA

Pokyny pro vyplnění: Všichni návštěvníci doprovodného programu MČR – Fun Zone 2024 jsou povinni vyplnit tento formulář. Formulář musí být vyplněn a předán organizátorovi akce před vstupem do zóny.

Fun Zone 2024

S ohledem umožnění vstupu na akci:

1 **POTVRZUJI** a rozumím, že účast na akci může představovat určitá rizika a vážná zranění nejen z mého jednání, ale i z jednání jiných účastníků akce.

2. **PROHLÁSUJI**, že jsem zdravotně a fyzicky zdatný a schopný se akce zúčastnit, a okamžitě uvědomím společnost Czech Scooter Associaton z.s. (dale jen CSA) o všech změnách mého zdravotního stavu, kondice nebo schopnosti zúčastnit se.

3 **BERU NA VĚDOMÍ**, že společnost CSA učiní všechna přiměřená opatření k posouzení bezpečnosti a vhodnosti umístění události a to před událostí samotnou.. **SOUHLASÍM** s tím, že se nebudu akce účastnit, pokud nebudu zcela spokojen s přiměřeností a stavem místa konání a skateparku a veškerého příslušenství, vybavení, zařízení nebo jiných věcí dodaných, poskytnutých nebo použitých v nebo ve vztahu k průběhu akce.

4 **POTVRZUJI A SOUHLASÍM** s tím, že jakékoli lékařské informace poskytnuté mnou nebo které vejdou společnosti CSA ve známost, mohou být použity k léčbě nebo jiné pomoci v důsledku nehody, nemoci nebo zranění na akci. Veškeré informace a údaje o mé osobě a zpracované společností CSA budou použity výhradně v souladu s platnými právními předpisy o ochraně údajů.

5. Společnost CSA zajistí, aby byl po dobu konání akce v místě přítomen zdravotnický personál. **POVOLUJI**, aby mi zdravotnický personál (jak místní & přítomný v dějišti konání akce nebo ambulance) poskytl ošetření první pomoci nebo jakékoli lékařské ošetření nebo mě přepravili v případě jakékoli nemoci, nehody nebo zranění utrpěného v souvislosti s mou účastí na akci. CSA neodpovídá za takové ošetření nebo přepravu.

6. **SOUHLASÍM** s tím, že přebírám odpovědnost za veškeré zdravotní nebo transportní výdaje, které vznikly konkrétně v souvislosti s jakoukoli nemocí, úrazem nebo zraněním utrpěným nebo vzniklým v souvislosti s mou účastí na akci a /

nebo návštěvou této akce. **POTVRZUJI**, že jsem si zařídil své vlastní zdravotní pojištění dostatečně k pokrytí veškerých nákladů na lékařské ošetření jakýchkoli nehod, nemocí nebo zranění během události.

7 OSVOBOZUJI společnost CSA a její funkcionáře, ředitele, akcionáře, zaměstnance ze všech nároků, které bych mohl mít v souvislosti s mou účastí na akci a zavazuji se nahradit společnosti CSA škodu v případě uplatnění jakýchkoli nároků proti nim, které vzniknou v důsledku mé účasti na akci nebo v souvislosti s ní.

8(Omezení) S výhradou ustanovení 9 a v rozsahu povoleném zákonem **POTVRZUJI A SOUHLASÍM** s tím, že:

8.1 Společnost CSA nezodpovídá za žádné ztráty ani škody na mém majetku v průběhu mého účasti na akci,

8.2 Přestože společnost CSA podnikla přiměřené kroky k zajištění toho, aby všechna rizika byla minimalizována, CSA nenese odpovědnost za žádné ztráty, škody ani zranění, které mi vzniknou během účasti na akci;

8.3 Společnost CSA nenese žádnou odpovědnost za jakékoli nepřímé, hospodářské, nebo následné ztráty (za tímto účelem následná ztráta zahrnuje, bez omezení, veškerý ušlý zisk nebo příležitosti), které mé osobě vznikly v důsledku mé účasti na akci, a to ani když CSA věděla o možnosti vzniku takových škod nebo ztrát, pokud tedy CSA nestvrdila a písemně nesouhlasila s odpovědností za takovéto ztráty.

9 (Nedbalost) Nic v této dohodě nevylučuje, ani neomezuje odpovědnost společnosti CSA za zranění nebo smrt, pokud k tomu dojde v důsledku nedbalosti nebo úmyslného jednání nebo opomenutí ze strany společnosti CSA, jejich zaměstnanců, zástupců nebo pověřených zástupců, nebo v důsledku úmyslného osobního odmítnutí této dohody ze strany společnosti CSA.

Potvrzuji, že jsem si přečetl výše uvedené prohlášení, porozuměl jeho obsahu a souhlasím s ním.

Informace o účastníkovi:

Jméno: _____ Příjmení: _____

Ulice: _____

Město: _____ Stát: _____ PSČ: _____

Telefon: _____ Věk: _____

Kontakt pro případ nenadálé události (emergency):

Jméno: _____ Příjmení: _____

Telefon: _____ Vztah k dítěti: _____

Podpis účastníka: _____

Datum: _____

| |
|---|
| <p>SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE (POKUD JSTE MLADŠÍ 18 LET K DATU 24. SRPNA 2024)</p> <p>Matka / otec / opatrovník dítěte (jméno a příjmení dítěte) _____, uděluje povolení k jeho účasti na akci. Přečetl jsem si a porozuměl jsem podmínkám stanoveným v tomto dokumentu a tyto jsem vysvětlil dítěti (jméno a příjmení dítěte) _____</p> <p>Souhlasím s tím, že podmínky vytýčené v tomto dokumentu jsou ve prospěch dítěte (jméno a příjmení) _____ a jsou v jeho nejlepším zájmu.</p> <p>Beru na vědomí a souhlasím s tím, že společností CSA nominovaní profesionální zdravotníci mohou poskytnout první pomoc a / nebo lékařské ošetření, pokud je (jméno a příjmení dítěte) _____ zraněn nebo onemocní během akce, a mohou, pokud to budou považovat za nutné, zařídit převoz a ošetření mimo místo konání a to i ve vhodné nemocnici.</p> <p>Stvrzuji, že účastník akce _____ bude plně vykonávat své povinnosti v souladu s tímto dokumentem. Vše stvrzuji svým podpisem níže.</p> <p>JMÉNO A PŘÍJMENÍ (tiskací písmo) _____ PODPIS _____</p> <p>VZTAH K DÍTĚTI _____ DATUM _____</p> |
|---|

Veškeré osobní údaje obsažené v tomto dokumentu a zpracované společností CSA budou použity výhradně v souladu s platnými právními předpisy o ochraně údajů (GDPR).