**ДЕТИ 3-17 лет**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**об освобождении от ответственности и пределах допустимого риска**

**ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ**

Настоящим доводим до Вашего сведения, что экстремальный бег BISON XC может стать причиной серьезных травм или привести к летальному исходу. Участие в соревнованиях Гонка Бизонов связано с физической нагрузкой, которая может повлечь за собой травму в результате сердечного приступа, паники, и других причин. Участник самостоятельно рассчитывает свои силы и в любой момент может сойти с дистанции. Ваша подпись под этим заявлением подтверждает, что вы получили и прочли данное заявление. Перед подписанием документа прочтите его.

**Внимательно прочтите, заполните все пустые графы, поставьте свою подпись и дату.**

Фамилия, имя, отчество:

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (родитель, усыновитель, опекун) даю согласие своему

нужное подчеркнуть

ребенку ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Возраст ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на участие в спортивном мероприятии BISON XC, которое будет проводиться \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата).

на территории \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

и беру на себя полную ответственность за состояние его (её) здоровья.

Настоящим заявлением подтверждаю, что ребенок **не был** в контакте с инфекционными больными, лицами, имевшими положительные результаты тестирования по короновирусной инфекции (COVID-19) в течение последних 14 дней. Подтверждаю, что у ребенка за последние 14 дней **не было** жалоб на повышение температуры, кашель, слабость, головную боль.

Являюсь родителем (законным представителем) спортсмена, несу ответственность за предоставленную мной информацию и обязуюсь в случае возникновения вышеуказанных симптомов, сообщить об этом организатору соревнований Стасевичу Александру Юрьевичу или иному лицу, которое несет ответственность за проведение спортивного мероприятия.

ПОДПИСЬ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДАТА: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_