

Φόρμα Δήλωσης Συμμετοχής

Freeride.gr

Όνοματεπώνυμο

Οδός, ΤΚ, Πόλη

Email

Τηλέφωνο

2^ο τηλέφωνο και όνομα επικοινωνίας
(σε περίπτωση ανάγκης)

Ημερομηνία γέννησης

Ύψος

Βάρος

Έχεις κάποιο πρόβλημα υγείας/τραυματισμό που θα πρέπει να αναφέρεις;

Έχεις κάποια αλλεργία. Αν ναι, παρακαλώ περιέγραφέ την.

Παίρνεις κάποια φαρμακευτική αγωγή αυτή την περίοδο;

Αν ναι, παρακαλώ να την αναφέρεις.

Πόσο καιρό ασχολείσαι με την ορεινή ποδηλασία;

6-12 μήνες 1-2 έτη 2-4 έτη Πάνω από 4 έτη

Ποιό είναι το τεχνικό/οδηγικό σου επίπεδο;

Χαμηλό Μέτριο Καλό Εξαιρετικό

Ποιο είναι το επίπεδο της φυσικής σου κατάστασης;

Χαμηλό Μέτριο Καλό Εξαιρετικό



Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι παραπάνω πληροφορίες είναι αληθινές. Δηλώνω επίσης ότι αναλαμβάνω εξολοκλήρου την ευθύνη για οποιαδήποτε ζημιά ή τραυματισμό, ενδέχεται να συμβεί κατά τη διάρκεια της διαδρομής.

Για συμμετέχοντες που είναι γεννημένοι από το 1998 και μετά απαιτείται δίπλω στην υπογραφή του συμμετέχοντα, υπογραφή του κηδεμόνα, με το ονοματεπώνυμό του και προσωπικό αριθμό τηλεφώνου. Το **Freeride** βεβαιώνει ότι όλα τα προσωπικά στοιχεία θα φυλαχθούν σύμφωνα με τις αρχές προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Το **Freeride** διατηρεί το δικαίωμα να αναβάλει ή να ακυρώσει τις δραστηριότητες λόγω κακών καιρικών συνθηκών ή ανεπαρκών κρατήσεων ή για οποιοδήποτε γεγονός πέρα από τον έλεγχό του. Σε τέτοια περίπτωση θα συμφωνηθούν εναλλακτικές ημερομηνίες ή θα σου επιστραφεί η προκαταβολή.

Υπογραφή

Ημερομηνία