

2° Fase Maratona Marziale WTKA - GIRONE CENTRO SUD

02 APRILE 2017

PALAJACAZZI

Via Salvo d'Acquisto, 61, Aversa (CE) 81031

ATTENZIONE! MOLTO IMPORTANTE!

Per partecipare è necessario che gli atleti sono in possesso di regolare certificato medico in corso di validità per l'anno 2017 attestante l'idoneità alla pratica dell'attività agonistica.

Per gli atleti delle discipline a contatto pieno è necessario essere in possesso del relativo e specifico certificato medico.

È necessario altresì possedere regolare certificato o tesserino assicurativo in corso di validità e se si tratta di ente o federazione diverso dalla WTKA il capo delegato deve comunicarlo alle stesse che partecipa a un circuito di altro ente e/o federazione.

Si ricorda che senza i suddetti certificati gli atleti saranno esclusi dalle competizioni senza alcuna restituzione di spese eventualmente sostenute.

Le liberatorie dovranno essere inviati al Comitato Organizzatore contestualmente all'invio delle iscrizioni o al massimo consegnati al momento dell'arrivo alla struttura, dove si svolgerà l'evento e comunque prima dell'inizio delle gare!!!!

MODULO CAPI DELEGAZIONE

SI PREGA DI COMPILARE, FIRMARE ED INVIARE AL COMITATO ORGANIZZATORE

Mail: wtkacompania@live.it

CITTA' _____ Ragione Sociale _____

COGNOME (CAPO DELEGAZIONE) _____

NOME (CAPO DELEGAZIONE) _____

CON QUESTO MODULO DICHIARO DI ESSERE RESPONSABILE DI TUTTI GLI ATLETI DELLA MIA DELEGAZIONE PRESENTE NELL'ALLEGATO DENOMINATO MODULO D'ISCRIZIONE E DI ESSERE IN POSSESSO DEGLI MODULI 1 o 2 DEBITAMENTI COMPILATI E FIRMATI PER OGNI ALTETA ISCRITTO

- DICHIARO ALTRESI' SOTTO LA MIA RESPONSABILITA' CHE OGNI ATLETA FACENTE PARTE DELLA MIA DELEGAZIONE E' IN POSSESSO DI REGOLARE CERTIFICATO ASSICURATIVO E MEDICO IN CORSO DI VALIDITA' PER L'ANNO 2017 ATTESTANTE L'IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA O DELLE SPECIALITA' A CONTATTO LEGGERO O DELLE SPECIALITA' DI CONTATTO PIENO ALLE QUALI E' ISCRITTO ALLA COMPETIZIONE.
- DICHIARO ALTRESI' CHE OGNI ATLETA FACENTE PARTE DELLA MIA DELEGAZIONE E' IN POSSESSO DI REGOLARE E SPECIFICO CERTIFICATO MEDICO SPECIFICO NECESSARIO PER LE COMPETIZIONI DI FULL CONTACT - LOWKICK - MUAY THAI - K1 - SANDA' - MMA
- DICHIARO DI ESSERE A CONOSCENZA CHE PER COMPETERE IN QUESTE DISCIPLINE SERVE IL MEDESIMO CERTIFICATO DEGLI ATLETI DELLA BOXE CON VISITE SPECIFICHE COME AD ES. L'ELETTROENCEFALOGRAMMA, VISITA FONDO OCULARI ETC.. COME PREVISTO DAL REGOLAMENTO SANITARIO
- DICHIARO ALTRESI' CHE NESSUN ATLETA DELLA MIA DELEGAZIONE HA SUBITO UN KO (PERDITA DI CONOSCENZA) NEI 3 MESI ANTECEDENTI ALL' EVENTO CHE SI SVOLGE IL 02 APRILE 2017.
- DICHIARO ALTRESI' CHE GLI ATLETI DELLA MIA DELEGAZIONE NON FANNO USO DI SOSTANZE DOPANTI COME PREVISTO DALLA NORMATIVA IN VIGORE.
- DICHIARO ALTRESI' CHE TUTTI I COMPONENTI DELLA MIA DELEGAZIONE SONO IN POSSESSO DI REGOLARE CERTIFICATO DI COPERTURA ASSICURATIVA IN CORSO DI VALIDITA' PRESSO L'ENTE O FEDERAZIONE A CUI SONO AFFILIATO E DI AVER COMUNICATO E RICEVUTO L'ADESSIONE A PARTECIPARE ALL'EVETO
- DICHIARO INOLTRE DI DECLINARE TOTALMENTE DA OGNI FORMA DI RESPONSABILITA' LA FEDERAZIONE MONDIALE WTKA INTERNATIONAL, LA FEDERAZIONE ITALIANA WTKA ITALIA ED IL COMITATO ORGANIZZATORE IN CASO DI EVENTUALI INCIDENTI E/O DANNI A COSE O A PERSONE SUBITI O CAUSATI PRIMA, DURANTE O DOPO LA COMPETIZIONE.

In Fede
Capo Delegazione

_____ (Firma)