The information contained in this medical history form will only be used by the International Federation of Muaythai Amateur for purposes of determining if you pose a health threat/risk to yourself in the ring and to review your past medical history in the event of a new emergency or re-occurrence. This information will remain confidential at all times. Please complete this questionnaire with your physician. Print clearly in BLUE or BLACK ink only.

Информация, содержащаяся в данной медицинской форме, будет использована только Международной Федерацией Любительского Муайтай (IFMA) для определения угрозы/риска здоровью спортсмена в ринге и информации об истории состоянии здоровья на случай возникновения необходимости срочного медицинского вмешательства. Данная информация имеет статус конфиденциальной в любое время. Просим заполнить анкету вместе с вашим врачом, печатными синими или черными буквами.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERSONAL INFORMATION Личные данные** | | | | | | | | | | | | |
| **LAST NAME: Фамилия** | |  | | | **FIRST NAME:**  **Имя** | | |  | | | **M.I. Отч** |  |
| **D.O.B. Д.Р.:** |  | | **AGE:**  **Возраст** |  | | **SEX:**  **Пол** |  | | **NATIONALITY: Национальность:** |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DO YOU HAVE ANY OF THE FOLLOWING MEDICAL CONDITIONS? Имеются ли у вас какие-либо из нижеперечисленных состояний?** | | | | |  |  |  |  |
| **CONDITION:** | **YES** | **NO** | **CONDITION:** | **YES** | **NO** | **CONDITION:** | **YES** | **NO** |
| **Состояние:** | **Да** | **Нет** | **Состояние:** | **Да** | **Нет** | **Состояние:** | **Да** | **Нет** |
| **BLEEDING OR OTHER BLOOD DISORDER**  **Кровотечения или другие заболевания крови** |  |  | **EPILEPSY/SEIZURE**  **Эпилепсия/приступ** |  |  | **CATARACTS**  **Катаракта** |  |  |
| **OPEN WOUND/SUTURED CUT открытая рана/свежие швы** |  |  | **BLURRED VISION**  **Расфокусированное зрение** |  |  | **DIABETES**  **Диабет** |  |  |
| **HIGH TEMPERATURE/PYREXIA**  **Повышенная температур/гипертермия** |  |  | **HEARING LOSS**  **Потеря слуха** |  |  | **FAINTING**  **Обмороки** |  |  |
| **HEADACHES/MIGRAINES**  **Головные боли/мигрени** |  |  | **BALANCE PROBLEMS**  **Нарушения равновесия** |  |  | **DIZZINESS**  **Головокружения** |  |  |
| **HIGH BLOOD PRESSURE**  **Повышенное кровяное давление** |  |  | **ASTHMA/BRONCHITIS**  **Астма/бронхит** |  |  | **HERNIA**  **Грыжа** |  |  |
| **ANY HEART CONDITION**  **Какая-либо сердечная патология** |  |  | **RECURRENT NECK PAIN**  **Рецидивирующая боль в шейном отделе** |  |  | **HIV**  **ВИЧ** |  |  |
| **CHEST TRAUMA/RIB FRACTURE**  **Травма груди/перелом ребер** |  |  | **RECURRENT BACK PAIN**  **Рецидивирующая боль в поясничном отделе** |  |  | **HEPATITIS**  **Гепатит** |  |  |
| **CHRONIC OR ACUTE INFECTIOUS DISEASE**  **Инфекция в хронической или острой стадии** |  |  | **MENTAL ILLNESS**  **Психическое заболевание** |  |  | **PREGNANCY**  **Беременность** |  |  |

1. **ARE YOU OVER THE AGE OF 40? Вы старше 40 лет? YES: Да:  NO: Нет:**
2. **HAVE YOU HAD A FIGHT THAT ENDED IN KO OR RSC-H IN THE PAST 6 MONTHS? Был ли у вас поединок, закончившийся нокаутом или остановленный рефери после удара в голову в течение последних 6 месяцев? YES: Да:  NO: Нет:**
3. **HAVE YOU EVER TESTED POSITIVE WITH WADA (WORLD ANTI-DOPING AGENCY)? Были ли когда-нибудь у вас зафиксированы положительные допингпробы? YES: Да:**  **NO: Нет:**
4. **ARE YOU CURRENTLY TAKING ANY MEDICATION? Принимаете ли в текущий период какие-либо препараты YES: Да: NO: Нет:   
   \*IF YES, PLEASE LIST ENSURE THAT YOU HAVE SUBMITTED A TUE FORM если да, то убедитесь, что у вас имеется разрешение на терапевтическое использование этих препаратов.**
5. **HAVE YOU HAD ANY TYPE OF SURGERY IN THE PAST 6 MONTHS? Были ли вы подвергнуты хирургическим медицинским процедурам в течение последних 6 месяцев? YES: Да: NO: Нет:**
6. **HAVE YOU NEEDED IN-PATIENT TREATMENT IN A HOSPITAL IN THE LAST 6 MONTHS? Была ли вам необходима стационарная медицинская помощь в течение последних 6 месяцев? YES: Да: NO: Нет:**
7. **HAVE YOU RECEIVED TREATMENT FOR A BONE FRACTURE, FISSURE OR DISLOCATION IN THE LAST 6 MONTHS? Было ли вам оказано лечение переломов, трещин или смещений костей? YES: Да: NO: Нет:**
8. **DO YOU NORMALLY WEAR EYE GLASSES OR CONTACT LENSES? Носите ли вы обычно очки или линзы? YES: Да: NO: Нет:**
9. **HAVE YOU EVER HAD BACK OR SPINAL SURGERY? Была ли у вас когда-нибудь хирургическая операция на позвоночнике? YES: Да:  NO: Нет:**

**PLEASE BE AWARE IF YOU ARE OVER 16 YEARS OLD, LABORATORY BLOOD TESTS RESULTS for HIV antibody & HBV (Hepatitis B Surface Antigen) & HCV (Hepatitis C Antibody) must be submitted with this form on the letterhead of the laboratory that administered the tests. The blood tests must be taken within 6 months prior to the date of competition.**

**Просим вас обратить внимание на то, что если вы старше 16 лет, то к этому документу обязательно приложить результаты анализа крови на ВИЧ и Гепатит B и C, с указанием реквизитов лаборатории, которая провела исследование. Справка должна быть не старше 6 месяцев к началу соревнований.**

**MEDICAL HISTORY STATEMENT**

**Заявление** *I have completed this medical history questionnaire and answered it truthfully and to the best of my knowledge. I am prepared to answer questions from the International Federation of Muaythai Amateur (including athletic trainers, nurses, consultants, coaches, and coordinators) and general practitioners concerning this medical history and medical conditions. I affirm also that I do not suffer from any disability, injury, condition, or complaint that I have not disclosed on this form. I further recognize the importance of fully and accurately disclosing my physical conditions, past and present, to International Federation of Muaythai Amateur.*

*Заполненная лично на основании известной мне информации медицинская карта достоверна. Я готов (а) ответить на все вопросы Международной Федерации Любительского Муайтай (IFMA) (в том числе тренеров, медперсонала, консультантов и координаторов) и общих специалистов, касающиеся состояния здоровья и перенесенных заболеваний, указанных здесь. А так же подтверждаю, что не страдаю ни от каких нарушений, травм или заболеваний, не указанных в данном документе. Признаю важность предоставления Международной Федерации Любительского Муайтай полной и точной информации о моем физическом состоянии, в прошлом и настоящем.*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_  
FIGHTER SIGNATURE Подпись бойца DATE Дата**

**MEDICAL DECLARATION FOR IFMA ATHLETES**

**Медицинская карта спортсмена IFMA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ATHLETE:  спортсмен:** | | **(SECTION 2: PHYSICIANS APPROVAL)**  **(часть 2. допуск по медицинским показаниям)** | | |
| **LAST NAME: Фамилия** |  | | **FIRST NAME:**  **Имя** |  |

**\*To be signed by parent/guardian if the participant is under 18 years of age.**

**\*подписать родителем/опекуном, если участник моложе 18 лет.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_  
PARENT/GUARDIAN SIGNATURE подпись родителя/опекуна DATE Дата**

**MEDICAL DOCTOR EXAMINATION & APPROVAL:**

**Результат медицинского осмотра и заключение:**

*The applicant’s medical fitness for the contact ring sport of Muaythai has been evaluated by physical examination and, if required (at the discretion of the attending physician) by the use of radiology and laboratory facilities.*

*Для участия в спортивных контактных соревнованиях в ринге оценено физическое состояние обращающегося путем личного осмотра, при необходимости (после консультации врача) с использованием радиологического и лабораторного оборудования.*

*To be filled in by physician. Please record the athlete’s weight with your remarks of whether the athlete is fully hydrated, and your*

*evaluation of their under skin body fat.*

*\*Please be aware that this weight will be the marker for the athlete’s weight category for the season with maximum*

*allowance of +/- 10%.  
Заполняется врачом. Пожалуйста, укажите вес спортсмена с пометками относительно обезвоживания и вашей оценки количества подкожного жира.*

*\*обратите внимание на то, что этот вес будет использован как показатель для определения весовой категории спортсмена на текущий сезон с отклонением максимум на +/- 10%.*

|  |  |
| --- | --- |
| **TO BE FILLED BY PHYSICIAN ONLY: заполняется только врачом:** | |
| **WEIGHT (KG): вес (кг):** |  |
| **LEVEL OF REHYDRATION: уровень обезвоживания:** |  |
| **LEVEL OF UNDER SKIN FAT:**  **Уровень подкожного жира:** |  |

*This is to certify that ………………………………………………………………………………is in good physical condition and not suffering from any injury, infection or disability liable to affect his capacity to box in the competitions of the full contact sport of Muaythai.*

*Данным документом я подтверждаю, что хорошее состояние здоровья и отсутствие травм, инфекций и нарушений позволяет допустить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ к участию в соревнованиях по виду контактных спортивных единоборств «тайский бокс».*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_  
PHYSICIAN SIGNATURE Подпись медработника DATE Дата**

**CLINIC ADDRESS Адрес медучреждения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TEL тел: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_EMAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**MEDICAL DECLARATION FOR IFMA ATHLETES**

**Медицинская карта спортсмена IFMA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ATHLETE:  спортсмен:** | | **(SECTION 3: WEIGHT CUT CONTROL)**  **(часть 3. контроль коррекции веса)** | | |
| **LAST NAME: Фамилия:** |  | | **FIRST NAME:**  **Имя:** |  |
| **COACH:  тренер:** | |  | | |
| **LAST NAME: Фамилия:** |  | | **FIRST NAME:**  **Имя:** |  |

**\*\*IMPORTANT NOTICE TO ATHLETE/GUARDIAN/COACH\*\***

**\*\*важное примечание для спортсмена/опекуна/тренера\*\***

***IFMA acknowledges that weight cutting by means of dehydration, loss of water and minerals from the body may pose a dangerous***

***and life threatening result, even in amateur sports and young athletes. At IFMA we support weight control by fat loss, NOT BY water loss. We therefore urge all athletes, entourage and stakeholders to take responsibility in this process for the health of the athletes.*** *IFMA признает, что коррекция веса методом обезвоживания с нарушения водного и минерального баланса может повлечь опасные и угрожающие жизни последствия, одинаково для любительских видов спорта и молодежных. IFMA поддерживает коррекцию веса методом потери жира, а НЕ воды. В связи с этим, мы настоятельно рекомендуем всех спортсменов, сопровождающий персонал и руководителей, быть ответственным за здоровье спортсмена в этом процессе.*

***Doctors on duty at the daily medical check are authorised to perform on-the-spot urine spectrometer tests for dehydration on any***

***athlete at any given time should symptoms of dehydration be suspected. Any athlete with a urine density above 1.030 shall not be***

***permitted to compete.***

*Медперсонал, обеспечивающий ежедневный осмотр, уполномочен проводить на месте в спектрометре анализ проб мочи на обезвоживание, любого спортсмена, у которого есть явные или неявные симптомы обезвоживания. Не допущен к соревнованиям будет любой спортсмен, в пробах мочи которого показатель плотности будет выше 1.030.*

**DECLARATION OF WEIGHT CONTROL**

**Заявление о контроле веса**

***I understand that I must not have symptoms of dehydration during the medical controls.***

***I understand that doctors on duty at the daily medical check are authorised to perform on-the-spot urine spectrometer tests for***

***dehydration on any athlete at any given time should symptoms of dehydration be suspected.***

***I understand that if my urine density is tested above 1.030, I shall not be permitted to compete.***

***I understand that use of diuretics is prohibited by the WADA anti-doping code due to is classification as a masking agent, and shall not resort to this substance to aide in weight-cutting.  
Я понимаю, что для допуска по медицинским показателям у меня должны отсутствовать симптомы обезвоживания.***

***Я понимаю, что дежурный врач на ежедневном осмотре уполномочен по необходимости произвести забор проб мочи на обезвоживание у любого спортсмена, у которого проявятся в той или иной степени симптомы обезвоживания.***

***Я понимаю, что если плотность пробы мочи превысит 1.030, меня не допустят к соревнованиям.***

***Я понимаю, что использование мочегонных препаратов запрещено WADA, и согласно антидопинговому кодексу считается средством, препятствующим обнаружению содержания запрещенных веществ, и не способствует корректировке веса допустимыми методами.***

**BY SIGNING BELOW, WE HEREBY DECLARE THAT WE UNDERSTAND THE ABOVE INFORMATION WITH FULL UNDERSTANDING OF THE MEDICAL RISKS OF WEIGHT CUTTING BY DEHYDRATION, WATER AND MINERAL LOSS FROM THE BODY.**

**DETECTION OF THIS PROCESS BEFORE THE COMPETITION COULD RESULT WITH THE ATHLETE’S AND THE COACH’S DISQUALIFICATION FROM THE COMPETITION.**

**Подписывая это заявление, мы тем самым подтверждаем, что полностью понимаем вышеуказанную информацию и медицинские риски корректировки веса методом обезвоживания с нарушением водного и минерального баланса организма. ОБНАРУЖЕНИЕ ЭТОГО ПРОЦЕССА ДО СОРЕВНОВАНИЙ МОЖЕТ ПОВЛЕЧЬ ДИСКВАЛИФИКАЦИЮ СПОРТСМЕНА И ТРЕНЕРА.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_  
ATHLETE SIGNATURE Подпись спортсмена DATE Дата**

**\*To be signed by parent/guardian if the participant is under 18 years of age. Поставить подпись родителя/опекуна, если участнику меньше 18 лет.**

**Name of Parent/Guardian: Имя родителя/опекуна: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_**

**PARENT/GUARDIAN SIGNATURE подпись родителя/опекуна DATE Дата**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_**

**COACH SIGNATURE подпись тренера DATE Дата**

**MEDICAL DECLARATION FOR IFMA ATHLETES**

**Медицинская карта спортсмена IFMA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ATHLETE:  спортсмен:** | | **(SECTION 4: FEMALE NON-PREGNANCE DECLARATION)**  **(часть 4. подтверждение отсутствия беременности (для женщин))** | | |
| **LAST NAME: Фамилия:** |  | | **FIRST NAME:**  **Имя:** |  |

**DECLARATION OF NON PREGANCY**

**подтверждение отстутствия беременности**

***\*THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY ALL FEMALE ATHLETES ONLY***

***\*этот раздел заполняется только спортсменками***

**1. DECLARATION OF NON PREGNANCY FOR FEMALE ATHLETES AGED 18 (EIGHTEEN) AND OVER  
1. подтверждение отсутствия беременности спортсменки 18 (восемнадцати) лет и старше**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_  
PLACE город DATE Дата**

**NAME OF EVENT название соревнований: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***I,*** *я,* ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_declare that I am not pregnant.*** *подтверждаю, что не беременна.*

***I understand the seriousness of this statement and accept full responsibility for it. In the event that this declaration is subsequently***

***shown to be inaccurate or false and I suffer from any related injury or damage during the Event, I on behalf of my heirs, executors and administrators, waive and release any and all claims for damages I may have against IFMA (including its officials and employees), the organisers of the Event (including the Local Organising Committee and/or the Host Federation) and the Competitions Venue owners for such injury or damage.***

*Я понимаю серьезность этого утверждения и принимаю полную ответственность за него. В случае, если это подтверждение окажется неточным или ложным и я получу вследствие этого травму или повреждение на соревнованиях, я от лица моих преемников, доверенных лиц, исполнителей и администраторов отказываюсь от претензий и освобождаю от последствий ущерба IFMA (в том числе представителей и сотрудников), организаторов соревнований (в том числе оргкомитет и/или принимающую сторону) и владельцев места проведения соревнований.***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ATHLETE SIGNATURE подпись спортсменки**

**1. DECLARATION OF NON PREGNANCY FOR FEMALE ATHLETES AGED UNDER 18 (EIGHTEEN)  
1. подтверждение отсутствия беременности спортсменки до 18 (восемнадцати) лет и младше**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_  
PLACE город DATE Дата**

**NAME OF EVENT название соревнований: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, am one of the parents/legal caretaker of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (insert name of athlete) and declare, on her behalf that she is not pregnant.  
Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь родителем/законным опекуном \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (впишите имя спортсменки), от ее имени подтверждаю отсутствие у нее беременности.*

*I understand the seriousness of this statement and accept full responsibility for it in the event that this declaration is subsequently*

*shown to be inaccurate or false and \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ suffers any related injury or damage during the Event, I on*

*(insert name of athlete)*

*Behalf of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, her heirs executors and administrators, waive and release any and all claims for*

*(insert name of athlete)*

*Damages she may have against IFMA (including its officials and employees), the organiSers of the Event (including the Local Organising*

*Committee and/or the Host Federation) and the Competitions Venue owners for such injury or damage.*

*Я понимаю серьезность этого утверждения и принимаю полную ответственность за него в случае, если оно окажется неточным или ложным и \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_получит травму или повреждение на соревнованиях. Я, от лица \_\_\_\_\_\_\_\_ (впишите имя спортсменки), ее преемников, исполнителей и администраторов, отказываюсь от претензий и освобождаю от последствий ущерба IFMA (в том числе представителей и сотрудников), организаторов (в том числе оргкомитет и принимающую сторону) и собственников место проведения соревнований.***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PARENT/GUARDIAN SIGNATURE подпись родителя/опекуна**