Teilnahmevoraussetzung bei den Ringsport Disziplinen: Erklärung über Versicherung / Gesundheit / Doping

Bitte beim Ring abgeben. Ohne diese unterschriebene Erklärung darf nicht gekämpft werden.

Alle KämpferInnen müssen gegen die Folgen eines Sportunfalls versichert sein. Die Verantwortung über einen genügenden Versicherungsschutz (SUVA, Unfallversicherung) liegt in der alleinigen Verantwortung der KämpferInnen. Der Verband WAKO SWITZERLAND sowie die Turnierveranstalter übernehmen bei Unfällen keinerlei Haftung.

Vollkontakt-Wettkämpfe gelten gemäss Art. 39 UVG (Bundesgesetz über die Unfallversicherung) als sogenannte Risikosportarten. Gemäss Art. 50 UVV (Verordnung über die Unfallversicherung) können Versicherungen bei Nichtberufsunfällen Leistungen einschränken.

KämpferInnen, welche nicht in der Lage sind, die erforderlichen sportspezifischen Leistungen ohne Gefahr für ihre Gesundheit zu erbringen, dürfen nicht an den Vollkontakt Disziplinen von WAKO SWITZERLAND teilnehmen. Die Teilnahme bei den Ringsport Disziplinen erfolgt freiwillig und auf eigenes Risiko.

Jegliche Einnahme von Drogen oder andere verbotene Substanzen, welche auf der Dopingliste aufgeführt (www.sportintegrity.ch/anti-doping) sind, stellen eine schwere gesundheitliche Gefährdung der KämpferInnen dar und sind untersagt. Die Bestimmungen des Doping-Status von Swiss Olympic gelten grundsätzlich für alle Schweizer Sporttreibenden, die einem Swiss Olympic angeschlossenen Verband oder einem letzteren angeschlossenen Klub oder Verein angehören, die von einer dieser Gruppierungen lizenziert sind oder an Wettkämpfen teilnehmen, die einen Bezug zu einer solchen Gruppierung aufweisen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, als Teilnahmevoraussetzung, die Kenntnisnahme und Einverständnis-erklärung der obgenannten Ausführungen zur Versicherung, zur Gesundheit, zum Swiss Olympic Dopingstatut und der Swiss Olympic Disziplinarkommission.

Alle Felder bitte ausfüllen:

Datum Turnier & Turniername:
Klub/Verein:
Vorname, Name:
Adresse, Hausnummer:
PLZ, Wohnort:
Geburtsdatum:
Telefonnummer:
E-Mail:
Unterschrift KämpferIn oder des gesetzlichen Vertreters: