



CSOPORTOS FELELŐSSÉGVÁLLALÁSI NYILATKOZAT

Alulírott résztvevő / kiskorú esetén törvényes képviselő kijelentem, hogy a Kaposvári Mirza Lovasudvar Egyesület által szervezett belső és külső helyszínen megvalósuló programokon (különösen: lovasoktatás, túra, tábor, rendezvény, lóápolási foglalkozás és egyéb lovardai tevékenység) történő részvétellel kapcsolatban az alábbiakat tudomásul veszem és elfogadom:

1. A lovaglás és a lovakkal való foglalkozás fokozott baleseti kockázattal járó tevékenység, amely során előfordulhat különösen: leesés a lóról, rúgás, harapás, megbotlás vagy egyéb, a tevékenység jellegéből adódó sérülés.
 2. Kijelentem, hogy a résztvevő egészségi állapota a programon való részvételt lehetővé teszi, és minden releváns egészségügyi körülményről előzetesen tájékoztatást adok.
 3. Tudomásul veszem, hogy az oktató vagy programvezető utasításai kötelező érvényűek, azok be nem tartása a programból való kizárást vonhatja maga után.
 4. Elfogadom, hogy 18 év alatti résztvevők számára a védőfelszerelések – különösen a kobak és a gerincvédő – viselése kötelező. Felnőtt résztvevőként tudomásul veszem, hogy számomra is erősen ajánlott a megfelelő védőfelszerelés használata.
 5. Kijelentem, hogy a programokon való részvétel saját felelősségre történik (kiskorú esetén a törvényes képviselő engedélyével).
 6. Felelősséget vállalok minden olyan kárért, amelyet szándékos vagy gondatlan magatartásommal (kiskorú esetén a gyermek magatartásával) okozok a lovardának, annak munkatársainak vagy harmadik személynek.
- Kijelentem, hogy jelen nyilatkozat tartalmát elolvastam, megértettem, és mint akaratommal mindenben megegyezőt írom alá.

1. Lovarda adatai

Lovasudvar neve: Kaposvári Mirza Lovasudvar Egyesület

Lovasudvar címe: 7400, Kaposvár Nagyváthy János utca 15.

Lovarda adószáma: 18735154-1-14

Lovarda email címe: mirzalovasudvar@gmail.com

Lovardavezető neve: Kun Tekla

Lovardavezető telefonszáma: +36 20 288 62 79

2. Csoport adatai

Intézmény / Szervezet neve: _____

Csoport megnevezése: _____

Csoportvezető neve: _____

Csoportvezető telefonszáma: _____

Program típusa: _____

Program dátuma: _____

Résztvevők létszáma: _____ fő

Résztevők felelősségvállalási nyilatkozata

Aláírói lista

Fő	Résztevő neve	Születési dátum	Kiskorú? (igen/ nem)	Törvényes képviselő neve (ha szükséges)	Telefonszám	Törvényes képviselő aláírása (kiskorú esetén)	Résztevő aláírása
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							

Kelt: _____