

הצהרת בריאות מרוץ רעננה ה-27  
Health Declaration – The 27<sup>nd</sup> Raanana Race

נא למלא את כל הפרטים בטופס בכתב יד ברור. יש להקפיד ולציין כתובת מלאה ומדויקת  
למשלוח דברי דואר. הקפד/י לציין תאריך לידה ולסמן במשבצת זכר או נקבה.

מרוץ ל-10 ק"מ  
10 km race

שם פרטי שם משפחה

First Name Last Name

תעודת זהות/ Passport

אגודה (או יישוב במידה ולא שייך לאגודה) Club

Male/Female

זכר/נקבה

D.O.B

תאריך לידה

Tel.

טלפון

Nationality (abroad runners only)

Address

כתובת

E-Mail

דואר אלקטרוני

הנני מצהיר/ה בזאת שאני בריא/ה וכשיר/ה למרוץ והתאמנתי כיאות לקראתו. מצבי הגופני נבדק  
ואושר ע"י רופא מוסמך. ידוע לי כי הוועדה המארגנת ועיריית רעננה לא ישאו בכוח אחריות לנזק  
כלשהו שיגרם לי לרבות נזקי גוף שיגרמו לי טרם המרוץ, במהלכו או אחריו ואף לא בגין אובדן  
ציוד כלשהו. על כן, אני החתומ/ה מטה מוותר/ת על כל זכות לתביעת נזיקין כלשהי נגד הגופים  
הנ"ל. מוסכם עלי שמטה המרוץ רשאי להשתמש בצילומים שלי במהלך המרוץ לפניו ובסיומו  
לצרכי פרסום ויחסי ציבור – ללא תמורה.

חתימת הורים (לגילאי 18 ומטה)  
Parents signature (under 18 years old)

חתימת המשתתף  
Signature