

WAIVER THE PORTAL ACTION HOUSE

Die Nutzung der Aktivitäten von THE PORTAL ACTION HOUSE kann Risiken mit sich bringen, die nicht ohne Auswirkung auf die Aktivitäten ausgeschlossen werden können. Durch die Unterzeichnung dieser Vereinbarung erklären Sie sich damit einverstanden, dass die anwesenden Aktivitäten Verletzungen verursachen können

- Ich stimme zu und übernehme die Verantwortung für alle Risiken. Meine Teilnahme an den Aktivitäten im THE PORTAL ACTION HOUSE erfolgt auf freiwilliger Basis Ich entscheide mich trotz der Risiken für eine Teilnahme. (Folgeschäden), die aus den Aktivitäten von THE PORTAL ACTION HOUSE entstehen können, gehen auf meine Rechnung und auf mein Risiko. Ich entbinde THE PORTAL ACTION HOUSE auch von Ansprüchen Dritter.
- Ich erkläre hiermit, dass ich in guter körperlicher Verfassung bin, um an den Aktivitäten teilzunehmen, und dass ich keine Erkrankung habe, die mich an einer sicheren Teilnahme hindert.
- Schutz und Helme werden vom Portal Action House kostenlos zur Verfügung gestellt. In level 3 ist ein Helm erforderlich!
- Ich erkläre hiermit, dass ich nicht unter dem Einfluss von Alkohol und / oder Drogen stehe.
- Ich erkläre hiermit, die Hausordnung und die Vorschriften gelesen und verstanden zu haben.

Handynummern Heimatfront:

Handynummer 1	
Handynummer 2	

Ich möchte gerne über die neuesten Nachrichten, Entwicklungen und Ereignisse informiert werden
 Ich möchte gerne über Sonderaktionen informiert werden
 Ich möchte gerne über die neuesten Nachrichten, Entwicklungen, Ereignisse und Sonderaktionen informiert werden

Gesetzlicher Vertreter für Daten bei geringfügigem Besucher (jünger als 18):

Vor- und Nachname (in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum:/...../.....

E-mailadresse:

Besucherdaten (in Druckbuchstaben):

Name:		Geb. datum:	
Name:		Geb. datum:	
Name:		Geb. datum:	
Name:		Geb. datum:	
Name:		Geb. datum:	
Name:		Geb. datum:	
Name:		Geb. datum:	
Name:		Geb. datum:	
Name:		Geb. datum:	

Hiermit erkläre ich, dass ich die obigen Bedingungen gelesen habe und mit ihneneinverstanden bin.

Datum: _____ Unterschrift (erwachsener Besucher oder gesetzlicher Vertreter): _____