**彩色跑 5公里 2017**

**2017年6月24日中国重庆**

**确认、弃权和责任免除协议**

**请在签署前仔细阅读此免责协议（AWRL）.**

我确认5公里彩色跑将挑战个人的体力和心理素质，并具有潜在的死亡、重伤以及财产损失的风险。**我在此明确承认将自行承担参加“彩色跑”项目所可能存在的一切风险。**我将证明我的身体状况能够适应于该项运动，并为参加此运动进行了充分的训练，且没有合格的健康方面的专家建议我退出该运动。

我在此为我本人，我的执行人、管理人、继承人、直系亲属、受让人以及任何可能代表我提起赔偿请求或诉讼的人做出以下列明的行为，并在此明确承认我是自愿做出这些行为的：

1. 我同意遵守“彩色跑”所采用的竞赛规则；
2. 我同意在参加赛事前检查赛道、设施、设备以及比赛的区域，如果我发现存在任何不安全因素的话，我将告知监管该赛事、设施或设备及区域的相关人员；
3. **由于我参加此项赛事以及参加赛事的来回途中所发生的或相关引起的死亡、人身伤害、局部或永久性伤残、财产损坏、医疗或住院费用、任何形式的盗窃或财产损失包括经济损失和/或物品失窃等，我将放弃并免除以下人员及单位的一切赔偿责任及其他相关责任：**IMG康体发展（上海）有限公司、IMG Worldwide, Inc.、The Color Run LLC、赞助商、比赛总监、工作人员、赛事所有方、志愿者、赛事或部分赛事的举办国、城市或所在地、以及以上赛事的官员、董事、雇员、代表、志愿者以及代理人，如果该等赔偿请求、损失或责任是由于这些人员或单位的疏忽或过失引起的，而且我还在此免除任何其他人员或单位的疏忽行为引起的责任；
4. 我确认赛道上有交通状况，**我将承担参加此赛事并在赛场上赛跑的所有风险。我还将承担与参加该赛事有关的一切其他风险，**包括但不限于摔倒、与其他参赛人员发生接触和/或碰撞、天气引起的后果包括高温或潮湿天气、设备的缺陷、公路以及公路铁路交叉口的状况、水障碍、并发症以及观众或志愿者可能带来的其他危险，我对这些潜在的危险非常清楚和了解，且在此进一步确认，这些风险还包括由于以上(c)条中规定的人员和单位或其他人员或单位的疏忽或过失而引起的其他风险；
5. 我同意，由于我已经放弃了以上(c)条涉及的人员或单位的一切赔偿责任，**我同意不对这些人员或单位提起任何诉讼**；
6. **如果以上(c)条规定的人员或单位由于以下原因遭遇了任何赔偿请求或承担了任何责任我将向他们做出赔偿，使之不受损失：**(i) 我的作为或不作为的行为；(ii) 其他人的作为或不作为或疏忽；（iii）赛事举办地的设施、设备或区域的条件 (iv) 竞赛规则；或者(v) 和“彩色跑”有关的事件所引发的其他损害。
7. **我授权**在与我参加“彩色跑”有关的情况下使用我的名字和/或类似事物，并在此放弃我可能因此而享有的赔偿；
8. **我明白并接受我的参赛费用在任何情况下都是不退的。**我明白并接受，如果由于不可抗力原因或极端天气条件造成彩色跑活动被取消、推迟或更改，我将自行负担因参加彩色跑活动所产生的任何费用，包括但不限于：机票、住宿、用餐及地面交通等。

**我在此确认我已经年满十八（18）周岁。我已经仔细阅读此文件并明白其内容。**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

姓名

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

签署日期

对于未年满十八（18）周岁的参赛人员，其父母中的一位或一位法定监护人必须签署以上免责条款，并完成以下内容：

以上签字的\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(父母/监护人)是\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (未成年人的名字) 的父母或自然/法定监护人，并在此确认其已经代表该未成年人签署了前述的免责条款。作为该未成年人的自然或法定监护人，我在此确认我自己、该未成年人和我们的执行人、管理人、继承人、直系亲属、受让人将受该免责条款的法律约束。我声明，我享有法律上的权利代表此处命名的未成年人做出任何法律行为，并同意若由于我不具有法律上充分的权利代表该未成年人签署免责条款和签署此同意涵，而使免责条款内涉及的人员或单位承担赔偿责任或其他责任，则我将向该等人员或单位做出全面赔偿，使之不受损害。

我在此授权任何有执照的医生、急救师、医院或其他医疗机构（“医疗提供者”）对该未成年人进行治疗，以试图治疗或缓和未成年人由于参加“彩色跑”或相关引起的伤病。我授权该等医疗提供者采取一切医学上建议采用的措施以试图治疗和缓和该等伤病。我同意在治疗过程中采用医学上建议的麻醉措施。我明白并理解在任何医疗过程中都有可能发生并发症或其他意想不到的后果，我在此代表我自己和该未成年人承担该等风险。我确认对于医疗效果是没有任何保证的。

**注意：父母/监护人必须签署以上同意函。.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

父母/监护人姓名（打印字体）

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

父母/监护人签字

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 与未成年人关系

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

签署日期