



## خطرے اور رہائی کا اعتراف

نام: \_\_\_\_\_

تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_

پتہ: \_\_\_\_\_

گھر کا فون: \_\_\_\_\_

والدین یا سرپرست کا نام اور پتہ

(18 سال سے کم عمر کے شرکت کنندگان کے لیے)

میں ("ریلیزر")، راقم الحروف، جس کی عمر کم از کم 18 سال ہے، \_\_\_\_\_ میں ("ایونٹ") میں شرکت کرنے کی اجازت کے پیش نظر، خود اپنے اور اپنے ورثاء، ایگزیکوٹرز، ایڈمنسٹریٹرز اور کارندہ کے لیے کرتا/کرتی ہوں، میں اس کے ذریعے نیو یارک اسٹیٹ، نیو یارک اسٹیٹ آف پارکس، ریکریٹیشن اینڈ ہسٹیرک پریوینشن، اس کے افسران، ملازمین، ایجنٹوں، اسپانسرز اور ان کے نمائندوں، ان کے وارثوں، منتظمین، اور ایگزیکوٹرز ("ریاست") کو کسی بھی اور ہر دعوے، مطالبے، عمل یا عمل کا حق سے بری الذمہ کرتا ہوں اور ہمیشہ کے لیے فارغ کرتا/کرتی ہوں، کسی بھی قسم کی یا نوعیت کی یا تو قانون میں یا مساوات میں کسی جسمانی چوٹ یا معلوم یا نامعلوم ذاتی زخموں کی وجہ سے یا اس کی وجہ سے، موت اور/یا املاک کو پہنچنے والے نقصان کے نتیجے میں، اس کے نتیجے میں، پیدا ہونے والے، ایونٹ میں شرکت، یا ایونٹ سے متعلق کسی بھی سرگرمی میں یا اس کے نتیجے میں پیش آئی ہو۔

میں اس ایونٹ میں شرکت سے وابستہ خطرات سے واقف ہوں اور اس کو تسلیم کرتا/کرتی ہوں جس میں میں نے شرکت کرنے کا انتخاب کیا ہے۔ میں اس بات کی تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میں ایونٹ میں حصہ لینے کے لیے جسمانی طور پر کافی فٹ ہوں اور مجھے اہل طبی عملہ نے بصورت دیگر کوئی مشورہ نہیں دیا ہے۔ میں ایونٹ کے دوران ہونے والی کسی بھی چوٹ یا نقصان کی پوری ذمہ داری قبول کرتا/کرتی ہوں۔

اس ریلیز پر دستخط کر کے، میں کسی بھی طرح سے ریاست کو اس کی اپنی لاپرواہی یا کوتاہی سے ہونے والے نقصانات کے لیے بری الذمہ نہیں کر رہا/رہی ہوں۔ تاہم، اگر میں زخمی ہو جاتا/جاتی ہوں اور بعد میں اجازت یافتہ عملداری کی عدالت کے ذریعے یہ طے کیا جاتا ہے کہ میری چوٹیں یا تو مکمل طور پر یا جزوی طور پر ریاست کی طرف سے کسی غفلت یا کوتاہی کا نتیجہ نہیں تھیں تو، میں ریاست یا اس کے بیمہ فراہم کنندگان کو اس طرح کے دعوے کے دفاع سے وابستہ کسی بھی خرچ کی تلافی کرنے سے اتفاق کرتا/کرتی ہوں۔

میں اس کے ذریعے ہنگامی صورت حال میں ضروری سمجھے جانے والی کسی بھی ابتدائی طبی امداد اور/یا طبی علاج کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔ اگر میں فوری طور پر ایسا کرنے کے لیے دستیاب نہ ہوتا/ہوتی ہوں تو میں حاضری دینے والے طبی شخص کو میری طرف سے کسی بھی اجازت نامے اور دیگر مناسب طبی دستاویزات پر عمل درآمد کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میں طبی علاج کے لیے مجھ سے لگائے گئے کسی بھی چارجز کے لیے ذمہ دار ہوں۔

اس کے ذریعے میں اس بات سے اتفاق کرتا/کرتی ہوں کہ میری تصویر یا شبیہ کسی بھی سرکاری دستاویزی فلم، اسپانسر اشتہار یا ایونٹ کی خصوصی ٹیلی ویژن کوریج میں کسی بھی طرح سے ایونٹ میں میری شرکت سے متعلق اور مجھے معاوضہ دیے بغیر ظاہر کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔

میں اس بات کی تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میں نے رجسٹریشن کے عمل میں جو معلومات فراہم کی ہیں وہ میری بہترین معلومات کے مطابق درست اور قطعی ہیں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اگر اس میں سے کسی بھی معلومات کو غلط دکھایا جائے تو ایونٹ کے منتظمین کو مجھے شرکت سے ہٹانے کا حق ہے۔

ریلیز کنندہ اس بات سے اتفاق کرتا/کرتی ہے کہ یہ براءت، چھوٹ، خطرے کے مفروضے اور معاوضے کے معاہدے کا مقصد ریاست نیو یارک کے قوانین کی اجازت کے مطابق وسیع اور جامع ہونا ہے اور یہ کہ اگر معاہدے کا کسی حصے کو غلط قرار دیا جاتا ہے تو، اس بات سے اتفاق کیا جاتا ہے کہ، اس کے باوجود بیلینس پوری قوت اور اثر کے ساتھ جاری رہے گا۔

ذیل میں اپنا دستخط فراہم کر کے، میں نے مندرجہ بالا چھوٹ کو غور سے پڑھ لیا ہے اور اس کے مواد کو جاری کر دیا ہے اور میں اس سے اتفاق کرتا/کرتی ہوں۔ میں اپنی آزادی کے ساتھ اس ریلیز پر دستخط کرتا/کرتی ہوں۔

---

تاریخ

---

ریلیز کرنے والے کا دستخط

### **18 سال سے کم عمر کے درخواست دہندگان کے لیے والدین یا قانونی سرپرست کی جانب سے براءت**

ذیل میں دستخط کر کے، میں اپنے بچے کو ایونٹ میں شرکت کی اجازت دینے سے اتفاق کرتا/کرتی ہوں۔ میں مزید اس بات کی تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میں نے رجسٹریشن کے پورے عمل کے دوران اپنے بچے کی طرف سے فراہم کردہ معلومات کا جائزہ لے لیا ہے اور مذکورہ بالا چھوٹ اور براءت سے اتفاق کرتا/کرتی ہوں، گویا میں نے اس پر دستخط کر دیا ہے۔ میری بہترین معلومات کے مطابق فراہم کردہ معلومات درست اور قطعی ہیں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اگر اس میں سے کوئی بھی معلومات غلط ثابت ہو جائے تو ایونٹ کے منتظمین کو میرے بچے کو شرکت سے ہٹانے کا حق حاصل ہے۔

---

تاریخ

---

والدین یا قانونی سرپرست کا دستخط