



New York State
Parks, Recreation and
Historic Preservation

ঝুঁকি এবং অব্যাহতিপত্রের স্বীকৃতি

নাম: _____

জন্ম তারিখ: _____

ঠিকানা: _____

বাড়ির ফোন: _____

মাতা পিতা বা অভিভাবকের নাম ও ঠিকানা (18 বছরের কম বয়সী)

আমি (“অব্যাহতি প্রদানকারী”), নিম্ন স্বাক্ষরকারী, অন্তত 18 বছর বয়সী হয়ে, _____ (এখানে পরবর্তী সময়ে “ইভেন্ট”) এ অংশগ্রহণ করার অনুমতি প্রদান সাপেক্ষে, আমার এবং আমার উত্তরাধিকারী, নির্বাহক, পরিচালক এবং নিযুক্ত ব্যক্তির হয়ে, এতদ্বারা বিবৃত করছি যে ইভেন্টটিতে বা ইভেন্টটির সাথে সংযুক্ত কোনো কার্যক্রমে আমার অংশগ্রহণের ফলে, তার কারণে, তার থেকে উদ্ভূত কোনো জ্ঞাত বা অজ্ঞাত শারীরিক আঘাত বা ব্যক্তিগত আঘাত, মৃত্যু এবং/অথবা সম্পত্তির ক্ষতি হলে আমি নিউ ইয়র্ক স্টেট, নিউ ইয়র্ক স্টেটের উদ্যান, বিনোদন এবং ঐতিহাসিক স্থান সংরক্ষণের অফিসকে, তাদের আধিকারিক, কর্মচারি, এজেন্ট, স্পন্সর এবং তাদের প্রতিনিধি, তাদের উত্তরাধিকারী, পরিচালক, এবং নির্বাহকদের (এখানে পরবর্তী সময়ে “ তাদের কাছে বিবৃত করা হয়েছে”) বিরুদ্ধে আমার আইনগত বা অধিকার সম্পর্কিত কোনো ক্লেম, দাবি, পদক্ষেপ বা পদক্ষেপ নেওয়ার অধিকারের আওতা থেকে মুক্ত করছি এবং কোনো দায় থেকে অব্যাহতি দিচ্ছি।

আমি ইভেন্টে অংশগ্রহণ করার জন্য নির্বাচিত হয়েছি সেই ইভেন্টে অংশগ্রহণের সাথে সংযুক্ত ঝুঁকি সম্পর্কে আমি জানি এবং আমি সেই ঝুঁকি স্বীকার করছি। আমি প্রত্যয়িত করছি ইভেন্টটিতে অংশগ্রহণ করার মতো প্রয়োজনীয় শারীরিক সক্ষমতা আমার আছে এবং কোনো গ্য পেশাদার চিকিত্সক এটিতে গদান করা উচিত নয় এরকম কোনো পরামর্শ দেননি। ইভেন্টটির সময় কোনো আঘাত লাগলে বা কোনো ক্ষতি হলে আমি তার সম্পূর্ণ দায়ভার গ্রহণ করব।

এই অব্যাহতিপত্রে স্বাক্ষর করার দ্বারা, আমি তাদেরকে অব্যাহতি দিচ্ছি তাদের নিজস্ব অবহেলা বা ভুলের জন্য হওয়া কোনো ক্ষতি থেকে তাদের অব্যাহতি দিচ্ছি। দিও, আমি আহত হলে এবং গ্য অধিক্ষেত্রের একটি আদালত দি পরে রায় দেন আমার আঘাত, তাদের কাছে অব্যাহতিপত্র প্রদান করা হয়েছে, তাদের সম্পূর্ণ বা আংশিক কোনো অবহেলা বা ভুলের জন্য হয়নি, তাহলে আমি

এদের কাছে অব্যাহতিপত্র প্রদান করছি তাদের বা তাদের বিমাকারীদের আমার এই ধরণের ক্লেম প্রতিরোধ করতে এঁ খরচ হয়েছে তা পরিশোধ করতে সম্মত হচ্ছি।

আমি এতদ্বারা কোনো জরুরি পরিস্থিতির ক্ষেত্রে প্রয়োজনীয় মনে হওয়া এঁ কোনো প্রাথমিক চিকিত্সা এবং/অথবা মেডিকেল ডিটমেন্টের অনুমতি প্রদান করছি। কোনো অনুমতির ফর্ম বা এঁথাএঁথ চিকিত্সা নথির প্রয়োজন হলে এবং সেই সময় আমি উপলভ্য না থাকলে আমি চিকিত্সাকারী ব্যক্তিকে আমার হয়ে তা সম্পন্ন করার অনুমতিও প্রদান করছি। আমি বুঝেছি এঁ চিকিৎসার জন্য কোনো খরচ হলে আমি তা পরিশোধ করতে দায়বদ্ধ।

এই ইভেন্টে অংশগ্রহণের সাথে কোনোভাবে সংযুক্ত কোনো অফিসিয়াল ডকুমেন্টারি, স্পন্সর বিজ্ঞাপন বা এক্সক্লুসিভ টেলিভিশন কভারেজে আমার ছবি দেখানো বা দেখানোর সম্ভাবনাকে আমি এতদ্বারা সম্মতি দিচ্ছি এবং এটিতেও সম্মত হচ্ছি এঁ তার জন্য আমাকে কোনো পারিশ্রমিক দিতে হবে না।

আমি এতদ্বারা প্রত্যয়িত করছি এঁ নিবন্ধন প্রক্রিয়ায় আমার প্রদত্ত সকল তথ্য আমার সর্বোত্তম জ্ঞান অনুযায়ী সত্য এবং নির্ভুল। আমি বুঝেছি এঁ এই তথ্যগুলির কোনোটি ভুল হলে, ইভেন্টটি থেকে আমাকে বাদ দেওয়ার অধিকার প্রশাসকদের আছে।

অব্যাহতি প্রদানকারী সম্মত হচ্ছেন এঁ এই বিবৃতি, ওয়েভার, ঝুঁকির অনুমান এবং ক্ষতিপূরণের চুক্তি নিউ ইয়র্ক স্টেট আইনের অনুমতির ব্যাপ্তি সাপেক্ষে এঁথাসম্ভব বিস্তৃত এবং অন্তর্ভুক্তিকর এবং চুক্তিটির কোনো অংশ অবৈধ হলে, বাকিগুলি, ততসম্মত, পূর্ণ পরিসরে কাঁকর হবে বলে তিনি সম্মত হচ্ছেন।

নিচে আমার স্বাক্ষর প্রদান করে, আমি স্বীকার করছি যে আমি উপরের ওয়েভার এবং অব্যাহতিপত্র মনোযোগ সহকারে পড়েছি এবং তাদের বিষয়বস্তুতে সম্মত হচ্ছি। আমি স্বেচ্ছায় এই অব্যাহতিপত্রে স্বাক্ষর করছি।

অব্যাহতি প্রদানকারীর স্বাক্ষর

তারিখ

18 বছরের কম বয়সী আবেদনকারীদের জন্য মাতা পিতা বা অভিভাবকের অব্যাহতিপত্র

নিচে স্বাক্ষর করে, আমি আমার সন্তানকে ইভেন্টটিতে অংশগ্রহণ করার অনুমতি দিচ্ছি। আমি আরও প্রত্যয়িত করছি এঁ নিবন্ধন প্রক্রিয়ার মাধ্যমে আমার সন্তান দ্বারা প্রদত্ত তথ্য আমি পর্যালোচনা করেছি এবং সেটিতে একজন স্বাক্ষরকারী হিসাবে উপরে ওয়েভার এবং অব্যাহতিপত্রগুলিতে সম্মত হয়েছি। আমার সর্বোত্তম জ্ঞান অনুযায়ী, প্রদত্ত তথ্য সত্য এবং নির্ভুল। আমি বুঝেছি এঁ আমার দেওয়া কোনো তথ্য মিথ্যা প্রতিপন্ন হলে, ইভেন্টটিতে অংশগ্রহণ করা থেকে আমার সন্তানকে বিরত করার অধিকার প্রশাসকদের আছে।

মাতা পিতা বা আইনি অভিভাবকের স্বাক্ষর

তারিখ

