

Data:.....

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/y:

Imię i nazwisko..... Data urodzenia nr tel. mail:.....

1. KWESTIONARIUSZ ZDROWIA (poprawne zakreślić)

- Czy Twój lekarz powiedział Ci kiedykolwiek, iż stan Twojego serca uniemożliwia Ci rozpoczęcie wysiłku fizycznego bez wcześniejszej konsultacji z lekarzem? **(TAK / NIE)**
- Czy czujesz ból w klatce piersiowej w trakcie lub po większym wysiłku? **(TAK / NIE)**
- Czy w ostatnim miesiącu czułaś ból w klatce piersiowej w trakcie lub podczas wysiłku? **(TAK / NIE)**
- Czy tracisz równowagę z powodu zawrotów głowy lub czy kiedykolwiek straciłaś przytomność? **(TAK / NIE)**
- Czy masz problemy z kośćmi lub stawami, które mogą ulec pogorszeniu w związku z wysiłkiem fizycznym? **(TAK / NIE)**
- Czy Twój lekarz przepisuje Ci lekarstwa (np. tabletki) na ciśnienie lub serce? **(TAK / NIE)**
- Czy jesteś w ciąży lub byłaś w ciągu ostatnich trzech miesięcy? **(TAK / NIE / NIE DOTYCZY)**
- Czy znasz jakiegokolwiek powody, które mogą uniemożliwiać Ci rozpoczęcie wysiłku fizycznego? **(TAK / NIE)**

*Jeśli odpowiedziałaś/eś na „TAK” na którekolwiek z pytań będziesz zobowiązana/y do rozmowy z Twoim lekarzem na temat potencjalnych przeciwwskazań. KCR, zgodnie z zapisami regulaminu przypomina o obowiązku poinformowania trenera o przeciwwskazaniach.

**Zrozumiałam/em i odpowiedziałam/em szczerze na wyżej wymienione pytania. Rozumiem, iż nie powinnam/powiniennem ćwiczyć, jeśli czuje się słabo lub nie na siłach i zobowiązuje się do poinformowania o tym mojego instruktora.*

Oświadczam, że biorę udział w zajęciach sportowych z własnej, nieprzymuszonej woli i jestem świadoma/y wiążącego się z moją decyzją ryzyka. Deklaruję, że zdaje sobie sprawę z możliwości kontuzji i w razie jakiegokolwiek zdarzenia podczas pobytu w KCR lub w niedalekiej odległości od zajęć, w wyniku którego w tym dniu doznam uszczerbku na zdrowiu lub niepożądanych uszkodzeń ciała, który został doznany w wyniku niedostosowania się do poleceń, uwag instruktora, wykorzystania dowolnego sprzętu niezgodnie z jego przeznaczeniem lub niezachowania zasad bezpieczeństwa zapisanych w regulaminie, deklaruje, że nie będę rościł(a) praw do odszkodowania ani zadośćuczynienia zarówno w kierunku klubu, jak i trenera prowadzącego. Potwierdzam to podpisem poniżej.

CZYTELNY PODPIS

2. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDROWIA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dotyczących stanu zdrowia, chorób, wagi i wzrostu oraz innych danych dotyczących tej sfery życia, które są niezbędne do realizacji usługi, która świadczy KCR w ramach wybranego przeze mnie pakietu. **(NIE / TAK)**

3. ZNAJOMOŚĆ REGULAMINU

Zaświadczam, że przeczytałam aktualny regulamin KCR, nie wnoszę do niego uwag i akceptuję jego treść, co potwierdzam podpisem poniżej.

4. DECYZJA ZAKUPOWA

Oświadczam, że odtwarzanie lub brak odtwarzania jakichkolwiek utworów w KCR nie wpływa na moją decyzję o zakupie karnetu czy skorzystania z usługi.

CZYTELNY PODPIS

5. TWOJE DANE SĄ BEZPIECZNE

Zgadzam się, żeby moje dane były przetwarzane zgodnie z polityką prywatności www.bellyopole.pl/RODO

Zgadzam się na użycie moich danych w celu doręczenia informacji handlowej sprofilowanej specjalnie pode mnie – bez tego nie możemy poinformować Cię o zajęciach oraz rzeczach, które mogą być dla Ciebie interesujące lub **nagradzać Cię za Twoją aktywność.** **(NIE / TAK)**

*spokojnie, nie wysyłamy SPAMU

*zależy nam, byś dostawał(a) tylko informacje, które Cię dotyczą

CZYTELNY PODPIS