

Data:.....

## OŚWIADCZENIE rodzica/opiekuna

**Dane rodzica/opiekuna:** Imię i nazwisko..... nr tel. ....  
mail:.....

**Dane dziecka:** Imię i nazwisko..... Data urodzenia .....

- **Zgoda na udział w zajęciach**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na korzystanie mojej/go córki/syna z usług WOLSKI GYM. Biorę przy tym pełną odpowiedzialność podczas jej/jego pobytu w Klubie. Biorę pełną odpowiedzialność za kontuzję lub inne urazy powstałe podczas treningu NIE z winy instruktora lub w przypadku, gdy samowolnie wykonywał(a)by ćwiczenia bez odpowiedniego przygotowania czy ew. asekuracji. Dotyczy również przypadku wykorzystania sprzętu niezgodnie z jego przeznaczeniem, instrukcją lub wbrew zaleceniom instruktora. Oświadczam również, że jestem w stałym kontakcie z kierownictwem WOLSKI GYM i będę zgłaszał(a) wszelkie niepokojące sytuacje lub w razie nieścisłości będę informował(a) Klub o wszelkich problemach. Oświadczam również, że nie będę rościł/a sobie praw do odszkodowania czy zadośćuczynienie w jakiegokolwiek sytuacji powstałej z wyżej wymienionej przyczyn, a w razie jakichkolwiek problemów komunikacyjnych jestem świadom(a), iż instruktor obecny na sali ma prawo do wyproszenia z zajęć mojego dziecka, bez możliwości ich kontynuacji, jeśli tylko zakłóca to pracę grupy i działa na szkodę prowadzonych zajęć. Oświadczam, iż zostawiłem/am pełne dane oraz telefon kontaktowy w recepcji WOLSKI GYM w celu kontaktu w nagłych przypadkach. Deklaruję, że każdorazowo odprowadzę dziecko na zajęcia i z powrotem i biorę za nie w tym czasie pełną odpowiedzialność. Jeżeli dziecko opuszcza placówkę znaczy, że robi to z mojego polecenia.

Czytelny podpis rodzica/opiekuna.....

- **Kwestionariusz zdrowia (poprawne zakreślić)**

- Czy w ostatnim miesiącu dziecko skarżyło się na ból w klatce piersiowej w trakcie lub podczas wysiłku? (TAK / NIE)
- Czy dziecko traci równowagę z powodu zawrotów głowy lub czy kiedykolwiek straciło przytomność? (TAK / NIE)
- Czy ma problemy z kośćmi lub stawami, które mogą ulec pogorszeniu w związku z wysiłkiem fizycznym? (TAK / NIE)
- Czy dziecko przyjmuje leki (np. tabletki) na ciśnienie lub serce? (TAK / NIE)
- Czy nieletnia jest w ciąży lub była w ciąży ostatnich trzech miesięcy? (TAK / NIE / NIE DOTYCZY)
- Czy znasz jakiegokolwiek powody, które mogą uniemożliwić Twojemu dziecku rozpoczęcie wysiłku fizycznego? (TAK / NIE)

\*Jeśli odpowiedział(a)ś/eś na „TAK” na którekolwiek z pytań będziesz zobowiązana/y do rozmowy z lekarzem Twojego dziecka na temat potencjalnych przeciwwskazań. WOLSKI GYM, 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/powinienem pozwalać mojemu dziecku ćwiczyć, jeśli czuje się słabo lub nie na siłach i zobowiązuje się do poinformowania o tym instruktora.

- **Informacje dotyczące zdrowia**

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

- **Znajomość regulaminu**

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

- **Decyzja zakupowa**

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

- **Twoje dane są bezpieczne**

Podpisując dokument zgadzam się, żeby moje dane były przetwarzane zgodnie z polityką prywatności (<https://www.wolskigym.pl/polityka-prywatności>).

Zgadzam się na użycie moich danych w celu doreczenia informacji handlowej sprofilowanej specjalnie pode mnie – bez tego nie możemy poinformować Cię o Twoich 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 rodzica/opiekuna .....