

Data:.....

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/y:

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

- **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 ciąży ostatnich trzech miesięcy? _____ (TAK / NIE / NIE DOTYCZY)
- Czy znasz jakiegokolwiek powody, które mogą uniemożliwiać Ci rozpoczęcie wysiłku fizycznego? _____ (TAK / NIE)

*Jeśli odpowiedział/aś na „TAK” na którekolwiek z pytań będziesz zobowiązana/y do rozmowy z Twoim lekarzem 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/powiniennem ćwiczyć, jeśli czuję się słabo lub nie na siłach i zobowiązuje się do poinformowania o tym mojego instruktora.

Oświadczam, że korzystam z usług Klubu 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 WOLSKI GYM (lub w niedalekiej przyszłości od mojego treningu), 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, deklaruję, że nie będę rościć(a) praw do odszkodowania ani zadośćuczynienia zarówno w kierunku Klubu, jak i trenera prowadzącego. Potwierdzam to podpisem na dole strony.

- **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 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.

- **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 doręczenia informacji handlowej spofilowanej 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

- **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.

Czytelny podpis