

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/y:

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

Miasto..... Kod pocztowy..... Skąd o nas wiesz?

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 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. Calisthenics Academy, 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 ćwiczyć, jeśli czuje 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 Calisthenics Academy (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 rościł(a) praw do odszkodowania ani zadośćuczynienia zarówno w kierunku Klubu, jak i trenera prowadzącego. Potwierdzam to podpisem na dole strony.

Zgodnie z zapisami regulaminu Calisthenics Academy §6 oświadczam, iż jestem osobą uprawiającą sport w ramach współzawodnictwa sportowego oraz zgodnie z wykładnią na stronach gov.pl, uprawiam sport wyczynowy. Oświadczam również, iż planuje korzystać z usług w obiekcie w w/w celu jak i w celu edukacji ruchowej, którą świadczy obiekt.

Jednocześnie powołując się na art 47 i 51 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U.1997.78.483) odmawiam podania konkretnej dyscypliny oraz szczegółowego celu moich przygotowań mając na uwadze zastrzoną w tym zakresie rywalizację sportową, ze strony konkurencji, a ujawnienie tych informacji może jedynie osłabić moją pozycję w przyszłych zmaganiach sportowych.

Oświadczam, że przyjąłem/łam do wiadomości, iż obiekt nie świadczy usług rekreacyjnych. Akceptuje ten fakt i deklaruje korzystać z usługi w zadeklarowanym wyżej celu.

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 klub w ramach wybranego przeze mnie pakietu. (NIE / TAK)

3. ZNAJOMOŚĆ REGULAMINU

Zaświadczam, że przeczytałam aktualny regulamin Calisthenics Academy, nie wnoszę do niego uwag i akceptuję jego treść, co potwierdzam podpisem poniżej. Aktualny regulamin znajduje się w siedzibie klubu oraz na www.calisthenicsacademy.pl/regulamin-i-oswiadczenia.

4. TWOJE DANE SĄ BEZPIECZNE

Podpisując dokument zgadzam się, żeby moje dane były przetwarzane zgodnie z polityką prywatności www.calisthenicsacademy.pl/rodo-i-polityka-prywatnosci. Zgadzam się na użycie moich danych w celu doręczenia 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

5. ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA COVID-19

Biorąc pod uwagę niezbędne środki ostrożności, w związku z sytuacją epidemiologiczną związaną z wirusem SARS-CoV-2 (Covid-19), prosimy o wypełnienie poniższej ankiety (poprawne zakreślić):

- Czy Pan/Pani/dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)? (TAK / NIE)
 - Czy obecnie występują u Pana/Pani/dziecka/podopiecznego objawy infekcji? (gorączka, kaszel, wysypka, bóle gardła, inne nietypowe)? (TAK / NIE)
 - Czy obecnie lub ostatnich 10 dniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników? (TAK / NIE)
- Jeżeli powyższe informacje uległyby jakiegokolwiek zmianie deklaruję niezwłocznie poinformować placówkę.**

Oświadczam, że zapoznałem się z procedurą bezpieczeństwa sanitarnego placówki www.calisthenicsacademy.pl/procedura-bezpieczenstwa i zdaje sobie sprawę, że pomimo dochowania przez placówkę wszelkiej staranności, nadal istnieje ryzyko zarażenia się wirusem COVID-19 oraz jego pochodne. Akceptuje to ryzyko i nie będę rościł sobie praw do odszkodowania, gdyby taka sytuacja miała miejsce.

CZYTELNY PODPIS

Dokument przygotowany przez



treść stanowi zastrzeżoną własność intelektualną
www.kancelariairbis.pl