



OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Ja,/imię i nazwisko/

Zamieszkały.....

potwierdzam, że w dniu: zostałem/łam poinformowany/a o możliwych zagrożeniach dla mojego dziecka/podopiecznego związanych z intensywnym wysiłkiem fizycznym zarówno w aspekcie chorobowym jak i urazowym. Biorąc powyższe pod uwagę oświadczam, co następuje: - udział w zajęciach prowadzonych przez Akademię Holistyczną w Skarżysku-Kamiennej biorę z własnej woli, na własne ryzyko i na własną odpowiedzialność, w szczególności potwierdzam, że według mojej wiedzy nie mam żadnych przeciwwskazań zdrowotnych do brania udziału w zajęciach sportowych, rehabilitacyjnych, rekreacyjnych itp. polegających na zwiększonym wysiłku fizycznym organizmu. - w razie doznania urazu bądź uszczerbku na zdrowiu w związku z tymi zajęciami, nie będę wnosił żadnych roszczeń odszkodowawczych do organizatora Akademii Holistycznej w Skarżysku-Kamiennej chyba, że do urazu bądź uszczerbku doszło z przyczyn zawinionych przez organizatora. Jednocześnie potwierdzam, że zapoznałem się z regulaminem zajęć oraz regulaminem płatności.

Skarżysko-Kamienna dnia Podpis.....

Numer Telefonu.....