



## OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA UDZIAŁ W ZAJĘCIACH I STANIE ZDROWIA

Ja, ...../imię i nazwisko/

jako opiekun prawny..... /imię i nazwisko dziecka/

data i miejsce urodzenia.....

Zamieszkały.....

legitymujący się: ...../nr i seria dokumentu/

oświadczam, że wyrażam zgodę na udział mojego [dziecka/ podopiecznego] który/ra nie ukończył/a 18 lat w treningach na siłowni/ zajęciach Akademii Holistycznej w Skarżysku-Kamiennej prowadzonych przez **Piotra Szlęzaka / Krzysztofa Ogłozę / Agnieszkę Słomską / Kamilę Jabłońską / Patryka Grzegorzycy / Brunona Sokołowskiego / Filipa Sokołowskiego\*** Jednocześnie potwierdzam, że zostałem 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:

- wyrażam zgodę na udział mojego [dziecka/podopiecznego] w zajęciach prowadzonych przez: **Piotra Szlęzaka / Krzysztofa Ogłozę / Agnieszkę Słomską / Kamilę Jabłońską / Patryka Grzegorzycy / Brunona Sokołowskiego / Filipa Sokołowskiego\*** [dziecka/podopiecznego] w zajęciach prowadzonych w Akademii Holistycznej w Skarżysku-Kamiennej. Zgodę wyrażam na własne ryzyko i na własną odpowiedzialność, w szczególności potwierdzam, że według mojej wiedzy nie ma żadnych przeciwwskazań zdrowotnych dla mojego [dziecka/podopiecznego] do brania udziału w zajęciach sportowych, rehabilitacyjnych, rekreacyjnych polegających na zwiększonym wysiłku fizycznym organizmu.
- w razie doznania urazu bądź uszczerbku na zdrowiu doznanego w trakcie zajęć organizowanych w Akademii Holistycznej w Skarżysku-Kamiennej przez moje/ego [dziecko/podopiecznego] w zajęciach prowadzonych przez: **Piotra Szlęzaka / Krzysztofa Ogłozę / Agnieszkę Słomską / Kamilę Jabłońską / Patryka Grzegorzycy / Brunona Sokołowskiego / Filipa Sokołowskiego\*** bądź w związku z tymi zajęciami, nie będę wnosił żadnych roszczeń odszkodowawczych do organizatora 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 .....

\*niepotrzebne skreślić