

Oświadczenie – Zgoda rodziców / opiekunów prawnych

Ja niżej podpisany (-na).....

nr telefonu kontaktowego rodzica / opiekuna prawnego:.....

e -mail rodzica/opiekuna prawnego:

Wyrażam zgodę na przebywanie i korzystanie z urządzeń znajdujących się na terenie siłowni przez mego syna / córkę / podopiecznego (-a) bez mego nadzoru.

Oświadczam, iż mój syn / córka / podopieczny (-a) / nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do korzystania z urządzeń siłowych. Jednocześnie biorę na siebie pełną odpowiedzialność za ewentualne, niewynikające z winy instruktora, kontuzje lub urazy syna / córki / podopiecznego powstałe podczas korzystania z urządzeń siłowych.

Oświadczam, że ponoszę pełną odpowiedzialność za ewentualne uszkodzenie sprzętu przez mego syna / córkę / podopiecznego (-a), wynikające z nieprawidłowego korzystania, niezgodnego z instrukcją obsługi i regulaminem siłowni. 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. Deklaruję, że każdorazowo odprowadzę dziecko na zajęcia i z powrotem i biorę za nie w tym czasie pełną odpowiedzialność. Jeśli dziecko samo opuszcza placówkę oznacza to, że robi to z mojego polecenia.

.....
Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

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 znasz jakiegokolwiek powody, które mogą uniemożliwić Twojemu dziecku rozpoczęcie wysiłku fizycznego? (TAK / NIE)

Informacje dotyczące zdrowia

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dziecka dotyczących stanu zdrowia, chorób, wagi i wzrostu oraz innych danych dotyczących tej sfery życia, które są niezbędne do realizacji usług, które świadczy Klub Mount Flex.

Znajomość regulaminu

Oświadczam, że zapoznałem się z aktualnym Regulaminem Klubu Mount Flex i akceptuję jego postanowienia.

Przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz mojego dziecka przez siłownię Mount Flex w celu realizacji niniejszego oświadczenia, zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych (RODO/GDPR).

.....
Data i podpis rodzica / opiekuna prawnego