

OŚWIADCZENIE ZDROWOTNE

Wielkopolskiego Centrum Samoobrony i Bezpieczeństwa

1. Przystępując do treningu deklaruję, że mój stan zdrowia pozwala na udział w rekreacyjnych zajęciach samoobrony. Jestem też świadomy/a ryzyka, jakie niesie za sobą uprawianie aktywności fizycznej, w szczególności urazy, kontuzje.
2. Deklaruję, że nie posiadam przeciwwskazań do udziału w zajęciach samoobrony. Jestem w dobrym stanie zdrowia i nie są mi znane żadne przeciwwskazania medyczne/zdrowotne do rekreacyjnego uprawiania samoobrony.
3. Oświadczam również, że nie przystąpię do zajęć będąc pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających.
4. Deklaruję, że zapoznałem/am się z regulaminem dostępnym na stronie www.samoobrona-poznan.pl/regulamin, zrozumiałem/am go i nie wnoszę żadnych uwag.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych (imię, nazwisko, numer telefonu, e-mail) przez organizatora, którym jest Wielkopolskie Centrum Samoobrony i Bezpieczeństwa, ul. A. Grottgera 16/1, 60-758 Poznań, NIP 7822415162 dla potrzeb organizacji warsztatów samoobrony. Dane nie będą udostępniane żadnym podmiotom trzecim.
6. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku w celu promocji działań WCSiB oraz dokumentowania szkolenia.

Imię i nazwisko:

Data:

Podpis: