

OŚWIADCZENIE ZDROWOTNE

Wielkopolskiego Centrum Samoobrony i Bezpieczeństwa

1. Przystępując do treningu deklaruję, że mój stan zdrowia pozwala na udział w rekreacyjnych zajęciach samoobrony. Jestem świadomy/a, że uczestnictwo w takich zajęciach wiąże się z ryzykiem typowym dla aktywności fizycznej i sportów kontaktowych, w tym możliwością doznania urazów, kontuzji, stłuczeń, przeciążeń i innych zdarzeń o charakterze sportowym. Akceptuję to ryzyko i biorę udział w zajęciach na własną odpowiedzialność.

2. Oświadczam, że nie posiadam przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach samoobrony. Jestem w dobrym stanie zdrowia i nie są mi znane żadne przeszkody zdrowotne, które mogłyby uniemożliwić mi bezpieczne uczestnictwo w treningach.

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 https://www.samoobronapoznan.pl/?page_id=341, 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. S. Wyspiańskiego 37/14, 60-750 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 (DRUKOWANYMI):

DATA:

PODPIS: