

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisana/y:

Imię i nazwisko..... Data urodzenia ..... nr tel. .... mail:.....

**1. KWESTIONARIUSZ ZDROWIA** (poprawne zakreślić)

- Czy Twój lekarz powiedział Ci kiedykolwiek, iż stan Twojego serca uniemożliwia Ci rozpoczęcie wysiłku fizycznego bez wcześniejszej konsultacji z lekarzem? (TAK / NIE)
- Czy czujesz ból w klatce piersiowej w trakcie lub po większym wysiłku? (TAK / NIE)
- Czy w ostatnim miesiącu czułaś ból w klatce piersiowej w trakcie lub podczas wysiłku? (TAK / NIE)
- Czy tracisz równowagę z powodu zawrotów głowy lub czy kiedykolwiek straciłaś przytomność? (TAK / NIE)
- Czy masz problemy z kośćmi lub stawami, które mogą ulec pogorszeniu w związku z wysiłkiem fizycznym? (TAK / NIE)
- Czy Twój lekarz przepisuje Ci lekarstwa (np. tabletki) na ciśnienie lub serce? (TAK / NIE)
- Czy jesteś w ciąży lub byłaś w ciąży ostatnich trzech miesięcy? (TAK / NIE / NIE DOTYCZY)
- Czy znasz jakiegokolwiek powody, które mogą uniemożliwiać Ci rozpoczęcie wysiłku fizycznego? (TAK / NIE)

\*Jeśli odpowiedziałas/eś na „TAK” na którekolwiek z pytań będziesz zobowiązana/y do rozmowy z Twoim lekarzem na temat potencjalnych przeciwwskazań. LOFTODANCE, zgodnie z zapisami regulaminu przypomina o obowiązku poinformowania trenera o przeciwwskazaniach.

\*Zrozumiałam/em i odpowiedziałam/em szczerze na wyżej wymienione pytania. Rozumiem, iż nie powinnam/powinienem ćwiczyć, jeśli czuje się słabo lub nie na siłach i zobowiązuje się do poinformowania o tym swojego instruktora.

**Oświadczam, że biorę udział w zajęciach sportowych z własnej, nieprzymuszonej woli i jestem świadoma/y wiążącego się z moją decyzją ryzyka.** Deklaruję, że zdaje sobie sprawę z możliwości kontuzji i w razie jakiegokolwiek zdarzenia podczas pobytu w LOFTODANCE lub w niedalekiej odległości od zajęć, w wyniku którego w tym dniu doznam uszczerbku na zdrowiu lub niepożądanych uszkodzeń ciała, który został doznany w wyniku niedostosowania się do poleceń, uwag instruktora, wykorzystania dowolnego sprzętu niezgodnie z jego przeznaczeniem lub niezachowania zasad bezpieczeństwa zapisanych w regulaminie, deklaruje, że nie będę rościł(a) praw do odszkodowania ani zadośćuczynienia zarówno w kierunku szkoły, jak i trenera prowadzącego. Potwierdzam to podpisem poniżej.

**2. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDROWIA**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dotyczących stanu zdrowia, chorób, wagi i wzrostu oraz innych danych dotyczących tej sfery życia, które są niezbędne do realizacji usługi, która świadczy szkoła w ramach wybranego przeze mnie pakietu. (NIE / TAK)

**3. ZNAJOMOŚĆ REGULAMINU**

Zaświadczam, że przeczytałam aktualny regulamin LOFTODANCE, nie wnoszę do niego uwag i akceptuję jego treść, co potwierdzam podpisem poniżej.

**4. DECYZJA ZAKUPOWA**

Oświadczam, że odtwarzanie lub brak odtwarzania jakichkolwiek utworów w LOFTODANCE nie wpływa na moją decyzję o zakupie karnetu czy skorzystania z usługi.

**5. TWOJE DANE SĄ BEZPIECZNE**

Podpisując dokument zgadzam się, żeby moje dane były przetwarzane zgodnie z polityką prywatności <https://loftodance.pl/pdf/polityka-prywatnosci.pdf>. Zgadzam się na użycie moich danych w celu doręczenia informacji handlowej sprofilowanej specjalnie pod mnie – bez tego nie możemy poinformować Cię o Twoich zajęciach oraz rzeczach, które mogą być dla Ciebie interesujące lub **nagradzać Cię za Twoją aktywność.** (NIE / TAK)

\*spokojnie, nie wysyłamy SPAMU

\*zależy nam, byś dostawał(a) tylko informacje, które Cię dotyczą

**6. ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA COVID-19**

**Biorąc pod uwagę niezbędne środki ostrożności, w związku z sytuacją epidemiologiczną związaną z wirusem SARS-CoV-2 (Covid-19), prosimy o wypełnienie poniższej ankiety (poprawne zakreślić):**

- Czy Pan/Pani/dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)? TAK / NIE
- Czy obecnie występują u Pana/Pani/dziecka/podopiecznego objawy infekcji? (gorączka, kaszel, wysypka, bóle gardła, inne nietypowe)? TAK / NIE
- Czy obecnie lub ostatnich 10 dniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników? TAK / NIE

**Jeżeli powyższe informacje uległyby jakiegokolwiek zmianie deklaruje niezwłocznie poinformować placówkę.**

Oświadczam, że zapoznałem się z procedurą bezpieczeństwa sanitarnego placówki <https://loftodance.pl/pdf/bezpieczenstwo-sanitarne.pdf> i zdaję sobie sprawę, że pomimo dochowania przez placówkę wszelkiej staranności, nadal istnieje ryzyko zarażenia się wirusem COVID-19 oraz jego pochodne. Akceptuję to ryzyko i nie będę rościł sobie praw do odszkodowania, gdyby taka sytuacja miała miejsce.

Zgodnie z zapisami regulaminu LOFTODANCE § 6 oświadczam, iż biorę udział w zajęciach zorganizowanych o charakterze sportowym. Oświadczam również, iż planuje korzystać z usług w obiekcie w w/w celu jak i w celu edukacji ruchowej, którą świadczy obiekt.

CZYTELNY PODPIS .....

Dokument przygotowany przez



treść stanowi zastrzeżoną własność intelektualną  
www.kancelariaurbis.pl