

OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA

DANE RODZICA/OPIEKUNA: Imię i nazwisko _____ nr tel _____
mail: _____

DANE DZIECKA: Imię i nazwisko _____ Data urodzenia _____

1. ZGODA NA UDZIAŁ W ZAJĘCIACH

Oświadczam, że wyrażam zgodę na uczestnictwo mojej/go córki/syna w zajęciach organizowanych przez **Fit&Joy**. Biorę przy tym pełną odpowiedzialność za dziecko podczas jej/jego pobytu w placówce. Biorę pełną odpowiedzialność za ewentualne kontuzje lub inne urazy powstałe na zajęciach NIE WYNIKAJĄCE z winy instruktora lub w przypadku, gdy samowolnie wykonywał(a)by ćwiczenia bez odpowiedniego przygotowania czy ew. asekuracji. Dotyczy również przypadku wykorzystania sprzętu niezgodnie z jego przeznaczeniem i wbrew zaleceniom instruktora. Oświadczam również, że jestem w stałym kontakcie z kierownictwem **Fit&Joy** i będę zgłaszał(a) wszelkie niepokojące sytuację lub w razie nieścisłości będę informował(a) **Fit&Joy** o wszelkich problemach. 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. Oświadczam, iż zostawiłem/am pełne dane oraz telefon kontaktowy w recepcji **Fit&Joy** w celu kontaktu w nagłych przypadkach. Deklaruję, że każdorazowo odprowadzę dziecko na zajęcia i z powrotem i biorę za nie w tym czasie pełną odpowiedzialność. Jeżeli dziecko samo opuszcza placówkę oznacza to, że robi to z mojego polecenia.

2. KWESTIONARIUSZ ZDROWIA (poprawne zakreślić) - dotyczy dziecka

- Czy Twój lekarz powiedział Ci kiedykolwiek, iż stan Twojego serca uniemożliwia Ci uprawianie sportu 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 ciągu ostatnich trzech miesięcy? (TAK / NIE)
- Czy znasz jakiegokolwiek powody, które mogą uniemożliwiać Ci uprawianie wysiłku fizycznego? (TAK / NIE)

CZYTELNY PODPIS RODZICA/OPIEKUNA.....

2. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDROWIA

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

CZYTELNY PODPIS RODZICA/OPIEKUNA

3. ZNAJOMOŚĆ REGULAMINU

Zaświadczam, że przeczytałam/em aktualny regulamin **Fit&Joy**, nie wnoszę do niego uwag i akceptuję jego treść, co potwierdzam podpisem na dole strony.

CZYTELNY PODPIS RODZICA/OPIEKUNA

4. DECYZJA ZAKUPOWA

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

CZYTELNY PODPIS RODZICA/OPIEKUNA

5. WASZE DANE SĄ BEZPIECZNE

Podpisując dokument zgadzam się, że dane moje i mojego dziecka będą przetwarzane zgodnie z polityką prywatności dostępną na www.fit-joy.pl. 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

CZYTELNY PODPIS

Dokument przygotowany przez

RODZICA/OPIEKUNA

.....


KANCELARIA