Data:…………….……………

**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 szkołę SZPICZAGA. Biorę przy tym pełną odpowiedzialność podczas jej/jego pobytu w szkole. Biorę pełną odpowiedzialność za kontuzję lub inne urazy powstałe na zajęciach NIE 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 SZPICZAGA i będę zgłaszał(a) wszelkie niepokojące sytuację lub w razie nieścisłości będę informował(a) szkołę o wszelkich problemach. Oświadczam również, że nie będę rościł/a sobie praw do odszkodowania czy zadośćuczynienie w jakiejkolwiek 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 u kierownictwa SZPICZAGA 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 (z wyjątkiem dzieci odbieranych i odprowadzanych ze świetlicy, zgodnie z odrębnymi deklaracjami). Jeżeli dziecko opuszcza placówkę znaczy, że robi to z mojego polecenia.

1. **Kwestionariusz zdrowia** (poprawne zakreślić)
* Czy lekarz powiedział Ci kiedykolwiek, iż stan serca Twojego dziecka uniemożliwia mu rozpoczęcie wysiłku
fizycznego bez wcześniejszej konsultacji z lekarzem? **(TAK / NIE)**
* Czy dziecko skarży się na ból w klatce piersiowej w trakcie lub po większym wysiłku? (**TAK / NIE)**
* 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 lekarstwa (np. tabletki) na ciśnienie lub serce? **(TAK / NIE)**
* Czy nieletnia jest w ciąży lub była w ciągu ostatnich trzech miesięcy? **(TAK / NIE / NIE DOTYCZY)**
* Czy znasz jakiekolwiek powody, które mogą uniemożliwiać Twojemu dziecku rozpoczęcie wysiłku fizycznego? **(TAK / NIE)**

\*Jeśli odpowiedziałaś/eś na „TAK” na którekolwiek z pytań będziesz zobowiązana/y do rozmowy z lekarzem Twojego dziecka na temat potencjalnych przeciwwskazań. SZPICZAGA, 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 pozwalać mojemu dziecku ćwiczyć, jeśli czuje się słabo lub nie na siłach i zobowiązuje się do poinformowania o tym instruktora.*

# 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, którą świadczy szkoła w ramach wybranego przeze mnie pakietu. **(NIE / TAK)**

1. **Znajomość regulaminu**

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

1. **Decyzja zakupowa**

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

1. **Wasze dane są bezpieczne**

Podpisując dokument zgadzam się, żeby dane moje i mojego dziecka były przetwarzane zgodnie z polityką prywatności (dostępnej na stronie www.szpiczaga.pl).

Zgadzam się na użycie moich danych w celu doręczenia informacji handlowej sprofilowanej specjalnie pode 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 rodzica/opiekuna ....................................................