

## 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](http://www.samoobrona-poznan.pl/regulamin), zrozumiałem/am go i nie wnoszę żadnych uwag.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych w oświadczeniu, przez Administratora danych osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.), którym jest Wielkopolskiego Centrum Samoobrony i Bezpieczeństwa dla potrzeb organizacji warsztatów samoobrony. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku w celu promocji działań WCSiB oraz dokumentowania szkolenia.

Imię i nazwisko:

Data:

Podpis: