

FUNDACJA Rozwoju, Sportu i Rekreacji „Żadnych Granic”

Nazwa Projektu: „Aktywny w każdym wieku, sport to zdrowie, zadbaj o nie !”

Załącznik nr 2

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY UCZESTNIKA WRAZ Z OŚWIADCZENIE O STANIE  
ZDROWIA I BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ DO UPRAWIANIA SPORTU I UDZIAŁU W  
ZAJĘCIACH

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania: .....

Numer kontaktowy:.....

Adres email: .....

Termin i godzina zajęć:.....

Oświadczam, że nie mam żadnych przeciwwskazań zdrowotnych do uprawiania sportu i udziału w zajęciach. Jestem świadomy/świadoma swojego stanu zdrowia. Na własną odpowiedzialność przystępuję do zajęć sportowych odbywających się w ramach Projektu: „Aktywny w każdym wieku, sport to zdrowie, zadbaj o nie !” Ponoszę pełną odpowiedzialność za udział w powyższych zajęciach. Zapoznałem się z regulaminem i zobowiązuję się go przestrzegać. Przyjmuję do wiadomości, że Fundacja oraz osoby prowadzące zajęcia nie ponoszą odpowiedzialności za odniesione przeze mnie ewentualne kontuzje i uszczerbki na zdrowiu powstałe podczas zajęć.

*Osoby biorące udział w zajęciach mogą korzystać jedynie z szatni i zajęć organizowanych przez Fundację w klubie Magic Gym, otrzymanie opaski na czas zajęć nie uprawnia do wejścia na siłownię.*

.....

*Podpis*