**Oświadczenie o stanie zdrowia**

Imię i nazwisko:

………………………………………………………….……………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

/adres zamieszkania/

……………………………………………

Nr pesel.

Oświadczam, że jestem zdrowy/a i nie mam żadnych przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w treningach (sporty walki), prowadzonych przez Klub Sportowy ZDROWIE w Sz. Pod. w Michałowicach w poniedziałki i środy w godz. 19:30 – 21:00.

Przyjmuję do wiadomości, że udział w treningach wiąże się z aktywnością ruchową i pociąga za sobą naturalne ryzyko wypadku.

Trenuję na własną odpowiedzialność i biorę pełną odpowiedzialność za swój stan zdrowia w trakcie trwania treningów.

W razie wypadku, lub innych poważnych zdarzeń zdrowotnych wiążących się z koniecznością wezwania pomocy lekarskiej. Proszę powiadomić

…………………………………………………………………………………..

Telefon nr ……………………………………………………………………...

Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku na stronach internetowych KS ZDROWIE i Urzędu Gminy Michałowice w celach promocyjnych i szkoleniowych.

Michałowice ………………………… ……………………………………………………………….

 (Czytelny podpis)