

**OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH DO UDZIAŁU W
ZAJĘCIACH RUCHOWYCH, SPORTOWO – REKREACYJNYCH**

Ja niżej podpisana/ydata urodzenia.....

Telefon kontaktowy e-mail

Oświadczam, że jestem w pełni świadoma/y swojego stanu zdrowia i nie mam żadnych przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w zajęciach organizowanych przez TZ TKKF

- *w sali gimnastycznej*
- *w plenerze*
- *w Fitness Klubie*
- *na basenie*

W przypadku zaistnienia przeciwwskazań poinformuje o tym instruktora. Oświadczam również, że zapoznałam/em się z regulaminem zajęć Ośrodka Terapii Ruchowej.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie moich danych osobowych z zachowaniem wymogów określonych w przepisach o ochronie danych osobowych.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis)