

OŚWIADCZENIE

ZGODA RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW PRAWNYCH

Niniejszym wyrażam zgodę na udział mojego syna, córki / podopiecznego w zajęciach ogólnorozwojowych z elementami sportów walki takich jak: MMA, BJJ, zapasów, taekwondo, kickboxingu oraz boks, które są prowadzone w ALPHA Fight Club Siedlce.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem klubu i zobowiązuję się do przestrzegania jego postanowień.

Jestem świadomy/a, że zajęcia z elementami sportów walki MMA, BJJ, Zapasy, Takewondo, Kickboxing i Boks tak jak każdy inny sport, obarczone są ryzykiem utraty zdrowia oraz zaistnienia kontuzji i jednocześnie zwalnam z jakiegokolwiek odpowiedzialności z zaistniałego wypadku opiekuna zajęć oraz klub, w którym trenuje mój syn / córka / podopieczny.

Oświadczam również, że mój syn / córka / podopieczny jest w dobrej kondycji fizycznej i psychicznej, czuje się dobrze, jest zdrowy/a, a jego stan zdrowia pozwala na treningi i rywalizację sportową oraz nie stanowi zagrożenia dla jego samego, ani innych osób przebywających w miejscu treningów.

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie wizerunku mojego syna / córki / podopiecznego, w szczególności w formie zdjęć oraz nagrań wideo, w celach szkoleniowych, marketingowych oraz reklamowych.

Imię i nazwisko rodzica lub opiekuna
prawnego: _____

Imię i nazwisko uczestnika zajęć: _____

Data urodzenia: _____

Miejsce urodzenia: _____

Adres zamieszkania: _____

Telefon komórkowy: _____

Adres e-mail _____

Data: _____

Podpis rodzica: _____