

Egészségügyi nyilatkozat

(*16 éven aluli vendég esetén gondviselő adatait kérjük szerepeltetni)

Név:..... Életkor: 16 éven aluli 16 éven felüli

Gondviselő neve*:

E-mail cím*:.....

Telefonszám*:.....

Sportol-e valamit? Igen nem

Ha sportol, akkor mit és milyen rendszerességgel?

.....

Előfordul-e, hogy mellkasi fájdalmat érez mozgás közben? Igen nem

Van-e valamilyen hátproblémája? (tartáshiba, gerincferdülés?) Igen nem

Volt-e Önnek valaha sportsérülése, ami esetleg kiújulhat? Igen nem

Ha igen, mi volt az?

.....

Volt-e Önnek valaha problémája a vérnyomásával? Igen nem

Volt Önnek epilepsziás rohama? Igen nem

Szed Ön valamilyen gyógyszert? Igen nem

Van Önnek bármilyen krónikus betegsége, ha igen mi az? (cukorbetegség, vérszegénység, szívproblémák)

.....

Tudomásom szerint semmilyen egészségügyi problémám nincsen, amely akadályozna a sportolásban. Tudomásul veszem, hogy az Akropoleisz Stúdiót saját felelősségemre használom, és az edzők utasításait saját biztonságom érdekében szigorúan betartom.

Kijelentem, hogy hozzájárulok személyes adataim kezeléséhez.

Kijelentem, hogy a személyes adataim kezelésével kapcsolatos – jelen űrlap mellékletét képező - előzetes tájékoztatást megkaptam, az Adatkezelési Tájékoztatóban foglaltakat tudomásul vettem és személyes adataimat, valamint azok kezeléséhez való hozzájárulásomat annak ismeretében adtam meg.

Budapest, 2019.hó..... .. .nap

aláírás*

Kérlek fordíts →→→