

IV MISTRZOSTWA POLSKI POLE & AERIAL



FOMULARZ ZDROWIA*

*formularz może być wypełniony ręcznie lub na komputerze



IMIĘ I NAZWISKO:

Wypełnienie poniższego kwestionariusza jest równoznaczne z zapoznaniem się z nim i akceptacją wszystkich jego punktów.

Rozumiem zagrożenia zdrowia i życia wynikające z uprawiania pole sport/aerial hoop oraz udziału w zawodach i biorę na siebie odpowiedzialność za swoje zachowanie w trakcie trwania zawodów.

Niniejszym **oświadczam, że:**

- jestem w dobrym stanie zdrowia fizycznego i psychicznego
- zobowiązuję się informować na bieżąco o moim stanie zdrowia organizatora zawodów
- nie choruję i nie przyjmuję leków na serce
- nie odczuwam bólu w klatce piersiowej w trakcie i po wysiłku fizycznym
- nie mam problemów z ciśnieniem
- nie mam problemów z błędnikiem, zawrotami głowy i utratą przytomności
- nie mam problemów ze stawami (ewentualne kontuzje zostały już wyleczone)
- nie jestem w ciąży i nie byłam ciąży ostatnich trzech miesięcy
- nie mam jakichkolwiek przeciwwskazań do uprawiania pole sport i udziału w zawodach
- w przypadku stwierdzonej medycznie nadpotliwości dłoni lub innej choroby uniemożliwiającej występ bez rękawiczek bądź innej pomocy w przyczepności, zobowiązuje się do przedstawienia zaświadczenia lekarskiego

Jeśli nie zaznaczył/a Pan/i któregoś z powyższych punktów jest Pan/i zobowiązany/a do przedstawienia organizatorowi zaświadczenia lekarskiego o dobrym stanie zdrowia, umożliwiającym udział w zawodach.

Podpis zawodnika lub opiekuna prawnego (w przypadku osoby niepełnoletniej):