

## OŚWIADCZENIE DLA OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ

(WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI!)

### OPIEKUN: PRAWNY/JEDNORAZOWY

niepoprawnie skreślić

.....  
IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA

nr telefonu .....

Imię i nazwisko **DZIECKA**..... Data urodzenia .....

#### 1. ZGODA NA UDZIAŁ W ZAJĘCIACH

Oświadczam, że wyrażam zgodę na korzystanie ww. osoby niepełnoletniej z usług Strefy Wysokich Lotów (SWL Białystok sp. z o.o.; Andersa 40B; 15-113 Białystok, NIP: 5423254489). Biorę przy tym pełną odpowiedzialność podczas jej/jego pobytu w Obiekcie. Biorę pełną odpowiedzialność za kontuzję lub inne urazy powstałe podczas treningu NIE z winy instruktora lub w przypadku, gdy samowolnie wykonywał(a)by ćwiczenia bez odpowiedniego przygotowania czy ew. asekuracji. Dotyczy również przypadku wykorzystania sprzętu niezgodnie z jego przeznaczeniem, instrukcją lub wbrew zaleceniom trenera. Oświadczam również, że jestem w stałym kontakcie z kierownictwem Strefy Wysokich Lotów i będę zgłaszał(a) wszelkie niepokojące sytuacje lub w razie nieścistości będę informował(a) Obiekt o wszelkich problemach. Oświadczam również, że nie będę rościł/a sobie praw do odszkodowania czy zadośćuczynienie w jakiegokolwiek sytuacji powstałej z wyżej wymienionej przyczyn, a w razie jakiegokolwiek problemów komunikacyjnych jestem świadom(a), iż trener obecny na sali ma prawo do wyproszenia z zajęć mojego dziecka, bez możliwości ich kontynuacji, jeśli tylko zakłóca to pracę grupy i działa na szkodę prowadzonych zajęć. Oświadczam, iż zostawiłem/am pełne dane oraz telefon kontaktowy u kierownictwa Strefy Wysokich Lotów w celu kontaktu w nagłych przypadkach. Deklaruję, że każdorazowo sprawuję nadzór nad dzieckiem w drodze na zajęcia i z powrotem i biorę za nie w tym czasie pełną odpowiedzialność. Jeżeli dziecko opuszcza Obiekt to znaczy, że robi to z mojego polecenia.

#### 2. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDROWIA

Oświadczam, że moje dziecko nie ma przeciwwskazań zdrowotnych, aby uczestniczyć w zajęciach organizowanych przez Strefę Wysokich Lotów. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych mojego dziecka dotyczących stanu zdrowia, chorób, wagi i wzrostu oraz innych danych dotyczących tej sfery życia, które są niezbędne do realizacji usługi, którą świadczy Obiekt.

#### 3. ZNAJOMOŚĆ REGULAMINU

Zaświadczam, że przeczytałem/am aktualny regulamin Strefy Wysokich Lotów, nie wnoszę do niego uwag i akceptuję jego treść, co potwierdzam podpisem poniżej.

#### 4. DECYZJA ZAKUPOWA

Oświadczam, że odtwarzanie lub brak odtwarzania jakiegokolwiek utworów w Strefie Wysokich Lotów nie wpływa na moją decyzję o zakupie karnetu czy skorzystania z usługi.

#### 5. TWOJE DANE SĄ BEZPIECZNE

Podpisując dokument zgadzam się, żeby moje dane były przetwarzane zgodnie z polityką prywatności dostępną w recepcji parku oraz na stronie [www.strefawysokichlotow.pl/bialystok/kontakt/](http://www.strefawysokichlotow.pl/bialystok/kontakt/).

CZYTELNY PODPIS OPIEKUNA.....

