



SAILGO AKADEMIA ŻEGLARSKA

## OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

uczestnika kursu żeglarskiego

### DANE UCZESTNIKA

Imię i nazwisko uczestnika: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_\_ Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_

Adres e-mail: \_\_\_\_\_

Nazwa kursu / termin: \_\_\_\_\_

### DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ OŚWIADCZENIE

Wypełnia uczestnik pełnoletni albo rodzic / opiekun prawny.

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_ Adres e-mail: \_\_\_\_\_

### TREŚĆ OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że według mojej najlepszej wiedzy stan zdrowia uczestnika pozwala na udział w kursie żeglarskim organizowanym przez SailGO Akademia Żeglarska, obejmującym zajęcia teoretyczne i praktyczne, w tym zajęcia na wodzie.

Oświadczam, że nie są mi znane przeciwwskazania zdrowotne, które uniemożliwiłyby bezpieczny udział uczestnika w szkoleniu, albo że wszystkie istotne informacje zdrowotne zostały przekazane organizatorowi poniżej.

Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować organizatora o każdej zmianie stanu zdrowia uczestnika lub o innych okolicznościach mogących mieć wpływ na bezpieczeństwo i przebieg szkolenia.

- Uczestnik może brać udział w zajęciach praktycznych na wodzie.
- Uczestnik potrafi pływać w pław w stopniu podstawowym.
- Przekazałem/am organizatorowi wszystkie ważne informacje zdrowotne i bezpieczeństwa.

### WAŻNE INFORMACJE ZDROWOTNE

Alergie, przyjmowane leki, ograniczenia zdrowotne, urazy, choroby przewlekłe lub inne informacje, które instruktor powinien znać:

---

---

---

## OŚWIADCZENIA DODATKOWE

- Przyjmuję do wiadomości, że organizator może odmówić dopuszczenia uczestnika do zajęć, jeśli stan zdrowia lub bezpieczeństwo budzą uzasadnione wątpliwości.
- Rozumiem, że niniejsze oświadczenie nie zastępuje konsultacji lekarskiej i jest składane na moją odpowiedzialność.
- Wyrażam zgodę na kontakt organizatora w sprawach związanych z bezpieczeństwem, zdrowiem i organizacją kursu.

## PODPIS

Miejscowość: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie** (uczestnik pełnoletni lub rodzic / opiekun prawny)

\_\_\_\_\_