
miejsowość, data

Oświadczenie

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w warsztatach sportowych, organizowanych w ramach Dnia Otwartego Akademii Wychowania Fizycznego im. J. Kukuczki w Katowicach w dniu 29 lutego 2024

Imię i nazwisko _____

Niniejszym oświadczam, że jestem świadoma/świadomy* swojego stanu zdrowia i oświadczam, że nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do mojego udziału w warsztatach, organizowanych w ramach Dnia Otwartego Akademii Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach, które odbędą się w dniu 29 lutego 2024 roku, w siedzibie Akademii Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach przy ul. Mikołowskiej 72 A w Katowicach.

Potwierdzam, że zapoznałam/zapoznałem* się z Regulaminem Dnia Otwartego Akademii Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach wraz z harmonogramem i akceptuję jego postanowienia (regulamin ten wraz z harmonogramem Dnia Otwartego, jest dostępny na stronie internetowej _____).

Jednocześnie wyrażam zgodę na moich przetwarzanie danych osobowych, wskazanych w niniejszym formularzu, przez Akademię Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach, w celu potwierdzenia możliwości wzięcia przeze mnie udziału w warsztatach sportowych. Zgoda ta może zostać w każdej chwili wycofana w sposób wskazany w klauzuli informacyjnej, zawartej w regulaminie, w rozdziale pn. „Ochrona danych osobowych”.

Podpis

*niewłaściwe skreślić