

**DEKLARACJA CZ ONKA STOWARZYSZENIA ACTIVE WAY Z SIEDZIBĄ W GDAŃSKU
BĘDĄCEGO OSOBĄ NIEPE NOLETNIĄ**

Ja, niżej podpisany/a,

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Numer telefonu

Adres e-mail

jako opiekun prawny:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Numer telefonu

Adres e-mail

niniejszym:

1. Wnioskuje o przyjęcie ww. ma oletniego w poczet cz onków wspierających Stowarzyszenia Active Way z siedzibą w Gdańsku (80-772), ul. Antoniego Suchanka 3/10, wpisanego do Rejestru Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk – Północ w Gdańsku, VII Wydział Gospodarczy KRS, pod numerem: 0000890833, posiadającym NIP: 5833424169 oraz REGON: 388494518 (dalej: Stowarzyszenie).
2. Oświadczam, że znane mi są w pełni i akceptuję zapisy **Statutu Stowarzyszenia** oraz **Regulaminu Opłacania Składek Członkowskich**.
3. Zobowiązuję się do przestrzegania Statutu, Regulaminów i Uchwał podejmowanych przez ww. Stowarzyszenie.
4. Zobowiązuję się do materialnego wspierania Stowarzyszenia w wysokości odpowiadającej wskazanej kategorii czonkostwa (sekcji) w imieniu ww. ma oletniego.
5. Oświadczam, że stan zdrowia ww. ma oletniego pozwala mu na udział w zajęciach sportowych organizowanych przez Stowarzyszenie, co potwierdza stanowiący integralną część niniejszego oświadczenia Kwestionariusz Zdrowia.
6. Biorę pełną odpowiedzialność za stan zdrowia, kontuzje lub inne urazy powstałe u ww. ma oletniego na zajęciach NIE z winy Stowarzyszenia lub w przypadku, gdy samowolnie wykonywa ćwiczenia bez odpowiedniego przygotowania, bez ubezpieczenia lub wskutek wykorzystania sprzętu sportowego niezgodnie z jego przeznaczeniem i wbrew zaleceniom Stowarzyszenia.
7. Zrzekam się wszelkich roszczeń, które mogłyby przysługiwać mi wobec Stowarzyszenia z tytułu odszkodowania lub zadośćuczynienia, a także zobowiązuję się nie dochodzić żadnych roszczeń, które mogłyby mi przysługiwać na tej podstawie.
8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych ww. ma oletniego, zawartych w powyższym formularzu przez Stowarzyszenie Active Way z siedzibą w Gdańsku (80-772), ul. Antoniego Suchanka 3/10, wpisane do Rejestru Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk – Północ w Gdańsku, VII Wydział Gospodarczy KRS, pod numerem: 0000890833, posiadającym NIP: 5833424169 oraz REGON: 388494518 dla potrzeb niezbędnych do realizacji celów statutowych Stowarzyszenia, w tym publikacji imienia, nazwiska oraz wizerunku w gazetach, czasopiśmie okresowych, czasopiśmie okazjonalnych, folderach, publikacjach elektronicznych, stronach internetowych lub portalach społecznościowych (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych, t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781)
9. Wyrażam zgodę na dysponowanie przez Stowarzyszenie na zasadach wyłączności wizerunkiem ww. ma oletniego w formie fotografii lub nagrań video w zakresie utrwalania i powielania wykonanych zdjęć lub nagrań video za pośrednictwem dowolnego medium w dowolnym celu zgodnym z obowiązującym prawem, włączając w to publikację wizerunku ww. ma oletniego w szczególności w gazetach, czasopiśmie okresowych, czasopiśmie okazjonalnych, folderach, publikacjach elektronicznych, stronach internetowych lub portalach społecznościowych. Jednocześnie zrzekam się praw związanych z kontrolą i zatwierdzeniem każdorazowego wykorzystania fotografii lub nagrań video z wizerunkiem mojego dziecka/podopiecznego.

KWESTIONARIUSZ ZDROWIA^{1,2} (poprawne zakreślić)

Czy lekarz powiedział kiedykolwiek, iż stan serca Twojego dziecka uniemożliwia mu rozpoczęcie wysiłku fizycznego bez wcześniejszej konsultacji z lekarzem?	TAK	NIE
Czy dziecko skarży o się na ból w klatce piersiowej w trakcie lub po większym wysiłku?	TAK	NIE
Czy w ostatnim miesiącu dziecko skarży o się na ból w klatce piersiowej w trakcie lub podczas wysiłku?	TAK	NIE
Czy dziecko traci równowagę z powodu zawrotów głowy lub czy kiedykolwiek straciło przytomność?	TAK	NIE
Czy dziecko ma problemy z kośćmi lub stawami, które mogą ulec pogorszeniu w związku z wysiłkiem fizycznym?	TAK	NIE
Czy dziecko przyjmuje leki (np. tabletki) na ciśnienie lub serce?	TAK	NIE
Czy dziecko jest w ciąży lub było w ciągu ostatnich trzech miesięcy?	TAK	NIE
Czy znasz jakiegokolwiek powód, który mógłby uniemożliwić dziecku rozpoczęcie wysiłku fizycznego?	TAK	NIE

¹ Udzielenie odpowiedzi „TAK” na którekolwiek z powyższych zobowiązuje do rozmowy z lekarzem na temat potencjalnych przeciwwskazań. Przypominamy o obowiązku poinformowania Stowarzyszenia o przeciwwskazaniach zdrowotnych.

² Zrozumiały i odpowiednio szczerze na wyżej wymienione pytania. Rozumiem, iż dziecko nie powinno uprawiać sportu, jeśli czuje się s albo lub nie na si ach i zobowiązuje się do poinformowania o tym Stowarzyszenie.

Miejscowość, data

Podpis