

## DEKLARACJA CZŁONKA STOWARZYSZENIA ACTIVE WAY Z SIEDZIBĄ W GDAŃSKU

OSOBA PEŁNOLETNIA

OSOBA NIEPEŁNOLETNIA

Ja, niżej podpisany/a,

\_\_\_\_\_  
*Imię i nazwisko*

\_\_\_\_\_  
*Adres zamieszkania*

\_\_\_\_\_  
*Data i miejsce urodzenia*

\_\_\_\_\_  
*PESEL*

\_\_\_\_\_  
*Numer telefonu*

\_\_\_\_\_  
*Adres e-mail*

**jako opiekun prawny\* (wypełniamy w przypadku osoby niepełnoletniej):**

\_\_\_\_\_  
*Imię i nazwisko*

\_\_\_\_\_  
*Adres zamieszkania*

\_\_\_\_\_  
*Data i miejsce urodzenia*

\_\_\_\_\_  
*PESEL*

\_\_\_\_\_  
*Numer telefonu*

\_\_\_\_\_  
*Adres e-mail*

**niniejszym:**

1. Wnioskuje o przyjęcie **mnie / ww. małoletniego** w poczet członków 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, po d 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 władze Stowarzyszenia.
4. Zobowiązuję się w **imieniu własnym / ww. małoletniego** do materialnego wspierania Stowarzyszenia w wysokości odpowiadającej wskazanej kategorii członkostwa (sekcji).
5. Oświadczam, że **mój stan zdrowia / stan zdrowia ww. małoletniego** pozwala 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 mnie / ww. małoletniego** na zajęciach NIE z winy Stowarzyszenia lub w przypadku samowolnego wykonywania ćwiczenia bez odpowiedniego przygotowania, bez asekuracji 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 zobowiązuje się nie dochodzić żadnych roszczeń, które mogłyby mi przysługiwać na tej podstawie.
8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie osobowych zawartych w niniejszym oświadczeniu 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, czasopismach okresowych, czasopismach 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 **moim wizerunkiem / wizerunkiem ww. małoletniego** 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 **mojego wizerunku / wizerunku ww. małoletniego** w szczególności w gazetach, czasopismach okresowych, czasopismach okazjonalnych, folderach, publikacjach elektronicznych, stronach internetowych lub portalach społecznościowych. Jednocześnie zrzekam się praw związanych z kontrolą i zatwierdzaniem każdorazowego wykorzystania fotografii lub nagrań video z wizerunkiem mojego dziecka/podopiecznego.

**KWESTIONARIUSZ ZDROWIA** <sup>1,2</sup> (poprawne zakreślić)

Czy lekarz powiedział kiedykolwiek, iż stan serca Twojego/Twojego dziecka uniemożliwia mu rozpoczęcie wysiłku fizycznego bez wcześniejszej konsultacji z lekarzem?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Czy skarżysz się/dziecko skarżyło się na ból w klatce piersiowej w trakcie lub po większym wysiłku?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Czy w ostatnim miesiącu skarżyłeś się/dziecko skarżyło się na ból w klatce piersiowej w trakcie lub podczas wysiłku?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Czy tracisz/dziecko traci równowagę z powodu zawrotów głowy lub czy kiedykolwiek straciło przytomność?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Czy masz/dziecko ma problemy z kośćmi lub stawami, które mogą ulec pogorszeniu w związku z wysiłkiem fizycznym?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Czy przyjmujesz/dziecko przyjmuje lekarstwa (np. tabletki) na ciśnienie lub serce?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Czy jesteś/dziecko jest w ciąży lub było w ciąży ostatnich trzech miesięcy?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Czy znasz jakiegokolwiek powody, które mogą uniemożliwiać Ci/dziecku rozpoczęcie wysiłku fizycznego?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>

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

<sup>2</sup> Zrozumiałem/am i odpowiedziałam/em szczerze na wyżej wymienione pytania. Rozumiem, iż nie powinienem/am / iż dziecko nie powinno uprawiać sportu, jeśli czuje się słabo lub nie na siłach i zobowiązuje się do poinformowania o tym Stowarzyszenie.

---

Miejscowość, data

---

Podpis