

.....  
Miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE  
o braku przeciwwskazań do udziału w zajęciach ruchowych**

Oświadczam, że jestem w pełni świadoma/y/ swojego stanu zdrowia i nie mam żadnych przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania ćwiczeń fizycznych, w tym wypadku praktyki jogi. W przypadku zaistnienia przeciwwskazań poinformuję instruktora.  
Oświadczam również, że zapoznałam/em/ się z regulaminem zajęć studia jogi Joga Balans.

Nazwisko i imię.....Data urodzenia.....

Adres zamieszkania .....

Telefon kontaktowy.....

e-mail.....

Jeśli masz jakiegokolwiek z poniżej wymienionych dolegliwości złóż pisemne oświadczenie, że rozpoczynasz praktykę jogi na własną odpowiedzialność.

Przeciwwskazania do uprawiania niektórych pozycji to: poważne choroby serca, dyskopatia, zwyrodnienia kręgosłupa, przepukliny, odklejanie się siatkówki, jaskra, wysokie ciśnienie krwi, ropne zapalenie uszu, kontuzje, przebyte operacje.

Oświadczam, że jestem świadomy moich chorób i ograniczeń zdrowotnych, takich jak .....

.....przebyłem operacje .....

.....oraz, powiadomiłem o tym nauczyciela Studia Joga Balans, a także, że rozpoczynam praktykę jogi na własną odpowiedzialność.

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie moich danych osobowych z zachowaniem wymogów określonych w przepisach o ochronie danych osobowych.*

.....  
podpis