

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO
OSOBY NIELETNIEJ
TRENING EMS
Studio EMS Squash Centrum Łazy ul. Topolowa 6A**

Łazy, dnia _____

Właściciel **Studio EMS Squash Centrum Łazy** informuje, że występują następujące przeciwwskazania do korzystania z treningu EMS:

1. aktywne implantowane wyroby medyczne AIMD (np. rozrusznik serca, aparaty słuchowe, implanty ślimakowe, implanty siatkówki, pompy infuzyjne, pompy insulinowe);
2. choroby serca;
3. padaczka;
4. ciąża;
5. gruźlica;
6. nowotwory złośliwe;
7. choroby neurologiczne;
8. przepuklina brzuszna;
9. zakrzepica lub skłonność do zakrzepów (trombofilia, problemy z krzepiwością krwi);
10. stany gorączkowe;
11. ostre zakażenie bakteryjne i wirusowe;
12. cukrzyca;
13. krwawienia (krwotoki), tendencje do ciężkich krwawień (hemofilia);
14. rany, stany zapalne, oparzenia, podrażnienia, egzemy w obszarze elektrod;
15. zaburzenia krążenia tętniczego krwi;
16. miażdżyca w zaawansowanym stadium.

Ponadto właściciel Studio EMS Squash Centrum Łazy informuje, że w przypadku jakichkolwiek wątpliwości dotyczących możliwości korzystania z treningów EMS w związku z wystąpieniem innej niż powyżej wskazana jednostki chorobowej lub stanu fizjologicznego, przed przystąpieniem do treningu EMS Klient powinien skonsultować się ze swoim lekarzem.

1. Ja, niżej podpisany/-a _____

zamieszkały/-a w

posiadający/-a PESEL nr: _____

będący/-a Opiekunem Prawnym _____

zamieszkałego/-ej _____

posiadającego/-ej PESEL numer _____

(zwanego dalej „Klient”)

oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem świadczenia usług EMS w Studio EMS Squash Centrum Łazy ul. Topolowa 6A oraz, że wyrażam zgodę na korzystanie przez Klienta z usług EMS a także biorę pełną odpowiedzialność za wszelkie szkody wyrządzone przez Klienta podczas pobytu w Squash Centrum Łazy.

Jako numer kontaktowy wskazuję: _____

2. Oświadczam, że zapoznałam(-em) się z powyższą informacją na temat przeciwwskazań do stosowania treningu EMS i oświadczam, iż według posiadanej wiedzy nie występują u Klienta żadne przeciwwskazania do stosowania treningu EMS.

Zobowiązuję się w przypadku zmiany stanu zdrowia Klienta, która to zmiana mogłaby skutkować wystąpieniem przeciwwskazań do stosowania treningu EMS lub wątpliwościami w tym zakresie, niezwłocznie doprowadzić do przerwania stosowania treningu EMS przez Klienta.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszej informacji w celu korzystania przez Klienta z treningu EMS.

Zgoda może być w każdym czasie wycofana co będzie wiązało się z przerwaniem treningów EMS przez Klienta. _____

podpis Opiekuna Prawnego _____

Dane będą przetwarzane zgodnie z polityką prywatności Squash Centrum Łazy zamieszczoną na stronie

https://squashcentrum.pl/wp-content/uploads/2021/10/polityka_prywatnosci_SCL.pdf

oraz dostępnymi w recepcji Squash Centrum