………………………………………………………………………… *Miejscowość i data*

……………………...............................……………………...………….. *Imię i nazwisko uczestnika*

……………...........................………………………………..…………….. *Telefon kontaktowy, adres e-mail*

 **OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, iż jestem osobą pełnoletnią i wyrażam chęć uczestniczenia w zajęciach MMA organizowanych przez Kaiser Sports z siedzibą w Olsztynie. Jednocześnie zobowiązuję się do:

1. Niezwłocznego dostarczenia zaświadczenia lekarskiego o zdolności do uczestnictwa w zajęciach tego rodzaju oraz dostarczenia w ciągu 14 dni wyników badań medycznych od lekarza medycyny sportowej.
2. Ubezpieczenia się we własnym zakresie od następstw nieszczęśliwych wypadków.
3. Dokonywania opłat składkowych w określonym terminie - wpłata osobiście na zajęciach.

Ponadto oświadczam, iż brak jest jakichkolwiek przeciwwskazań dotyczących uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez Kaiser Sports. Przyjmuję do wiadomości istnienie ryzyka kontuzji, a w razie jej wystąpienia nie będę dochodził/a odszkodowania ani zadośćuczynienia od organizatora.

**……………………………………………………….………………….**
*Czytelny podpis uczestnika*