

# DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

*Sportowej Drużyny Ratowników Wodnych i pływaków Masters*

*Przystępuję do drużyny*

**SPORT-Figielski WOPR POLSKA**

**Swim Perfect Or Rescue Team**

Wybierz sekcję:

SEKCJA PŁYWANIA MASTERS

SEKCJA SPORTOWEGO RATOWNICTWA WODNEGO

Nazwisko i Imię.....data ur. ....

Oddział WOPR.....

Nr książeczki rat. .... Stopień WOPR .....

kom. .... e-mail .....

*Akceptuję obowiązki członka drużyny:*

- *aktywny udział w treningach*
- *reprezentowanie klubu SPORT-Figielski w zawodach krajowych i/lub zagranicznych przynajmniej cztery razy w roku.*

Data .....

Podpis .....

# OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Ja, niżej podpisany/a ..... oświadczam, że  
(imię i nazwisko drukiem)

- |                          |                                 |  |
|--------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. JESTEM ZDROWY / ZDROWA *     | (jeżeli wybrałeś/aś tę opcję podpisz oświadczenie dla osób zdrowych)   |
| <input type="checkbox"/> | 2. JESTEM W TRAKCIE LECZENIA ** | } (jeżeli wybrałeś/aś jedną z tych opcji podpisz oświadczenie dla osób pozostających w trakcie leczenia lub po zakończonym leczeniu) |
| <input type="checkbox"/> | 3. ZAKOŃCZYŁEM / AM LECZENIE ** |  |

## \* OŚWIADCZENIE DLA OSÓB ZDROWYCH:

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala na uczestniczenie w treningach sportowego ratownictwa wodnego / pływania masters oraz na starty w zawodach. Oświadczam, że uczestniczę w treningach i startuję w zawodach na własną odpowiedzialność. Zobowiązuję się poinformować trenera o każdej zmianie swojego stanu zdrowia.

Data ..... Podpis .....

## \*\* OŚWIADCZENIE DLA OSÓB W TRAKCIE I PO ZAKOŃCZENIU LECZENIA:

Ja, niżej podpisany/a zobowiązuje się przed rozpoczęciem treningów i startów w zawodach do dostarczenia zaświadczenia od swojego lekarza lub od lekarza klubowego, które będzie określało moją zdolność do uczestnictwa w treningach i do startów w zawodach. Oświadczam, że uczestniczę w treningach i startuję w zawodach na własną odpowiedzialność. Zobowiązuję się poinformować trenera o każdej zmianie swojego stanu zdrowia.

Data ..... Podpis .....