

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA ORAZ ZRZECZENIE SIĘ ROSZCZEŃ

dla członków klubu **Golden Gloves Gym Sp. z o.o.**

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że przystępuję do treningów bokserskich organizowanych przez **Golden Gloves Gym Sp. z o.o.** w pełni świadomy/a ryzyka związanego z uprawianiem sportu kontaktowego, jakim jest boks.

Na podstawie art. 6 Kodeksu cywilnego (zasada ciężaru dowodu) oraz zgodnie z art. 827 § 1 Kodeksu cywilnego, oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność za swój stan zdrowia i ewentualne konsekwencje uczestnictwa w treningach.

Oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala mi na uczestnictwo w zajęciach i nie posiadam przeciwwskazań medycznych do uprawiania boks, w szczególności nie choruję na:

- **Choroby układu krążenia** (nadciśnienie tętnicze, wrodzone lub nabyte wady serca, arytmie, choroba wieńcowa, niewydolność serca),
- **Choroby neurologiczne** (padaczka, urazy mózgu, tętniaki, stwardnienie rozsiane, torbiele),
- **Choroby ortopedyczne i układu ruchu** (zaawansowana dyskopatia, zwyrodnienia stawów, przewlekłe urazy kolan, torbiele w obrębie kości i stawów),
- **Choroby psychiczne i zaburzenia neurologiczne** (schizofrenia, ciężka depresja, zaburzenia lękowe mogące wpłynąć na bezpieczeństwo treningu),
- **Choroby metaboliczne i endokrynologiczne** (cukrzyca typu 1 i 2, nadczynność tarczycy, choroby nadnerczy),
- **Zaburzenia krzepnięcia krwi** (hemofilia, skłonności do zakrzepicy),
- **Wady wzroku i choroby oczu** (odwarstwienie siatkówki, jaskra, zaawansowana krótkowzroczność),
- **Inne schorzenia i stany zdrowotne**, które mogą stanowić zagrożenie dla mojego zdrowia i życia w trakcie treningów bokserskich.

Zgodnie z art. 415 Kodeksu cywilnego, zrzekam się wszelkich roszczeń wobec **Golden Gloves Gym Sp. z o.o.**, jego trenerów, pracowników i zarządu z tytułu urazów, powikłań zdrowotnych lub innych konsekwencji wynikających z mojego uczestnictwa w treningach lub sparingach, w tym również w przypadku śmierci.

Zobowiązuję się do informowania klubu o wszelkich zmianach w stanie zdrowia, które mogą wpłynąć na moje bezpieczeństwo.

W przypadku osób niepełnoletnich (poniżej 18. roku życia), niniejsze oświadczenie podpisuje rodzic lub opiekun prawny.

Podpis członka klubu: _____

Podpis rodzica/opiekuna (dla osób niepełnoletnich): _____

Data: _____