|  |
| --- |
| Niniejszym oświadczam, że przeczytałem/am i zrozumiałem/am wymienione ryzyka oraz stany potencjalnie zagrażające życiu. Niniejszym potwierdzam, że jestem fizycznie i medycznie zdolny/a, by uczestniczyć w kursie.  *I hereby confirm that I have read and understood the listed risks and potentially lifethreatening medical conditions and that I  am physically and medically fit to participate in the training.* |
| Niniejszym oświadczam, że nie ma żadnego czynnika mogącego utrudnić lub wpłynąć na moje uczestnictwo w kursie. Zgadzam się wykonywać polecenia wyznaczonego instruktora podczas trwania kursu. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości co do mojego stanu zdrowia, jednostka przerwie szkolenie oraz zaczerpnie porady medycznej.  I hereby confirm that there is no factor that will inhibit or affect my participation in the training. I agree to follow all instructions from the appointed Instructor for the duration of the training. Should there be any doubt regarding my medical fitness, the training provider will stop the training and seek medical advice. |

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO (JAK W PASZPORCIE)**  ***NAME AND SURNAME (AS IN PASSPORT)*** |  |
| **KURS LUB MODUŁ**  ***COURSE OR MODULE*** |  |
| **NR WINDA**  ***WINDA ID*** |  |
| **PODPIS I DATA**  ***SIGNATURE AND DATE*** |  |

|  |
| --- |
| Poniższe stany mogą powodować ryzyko podczas kursu. Poinformuj , jeżeli cierpisz na któryś poniższych:  The following conditions could pose a risk when during the training. Inform if you suffer from any of the following: |
| **ASTMA LUB INNE CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO**  *ASTHMA OR OTHER RESPIRATORY DISORDERS* |
| **EPILEPSJA (PADACZKA), UTRATY ŚWIADOMOŚCI LUB INNE ZABURZENIA NAPADOWE**  *EPILEPSY, BLACKOUTS OR OTHER SEIZURES* |
| **DUSZNICA, CHOROBY NIEDOKRWIENNE LUB INNE ZABURZENIA KARDIOLOGICZNE**  *ANGINA, INFARCTION OR OTHER HEART COMPLAINTS* |
| **ZAWROTY GŁOWY, CHOROBY UCHA WEWNĘTRZNEGO (KŁOPOTY Z UTRZYMYWANIEM RÓWNOWAGI)**  *VERTIGO OR INNER EAR PROBLEMS (DIFFICULTY WITH BALANCE)* |
| **KLAUSTROFOBIA (LĘK PRZED ZAMKNIĘTYMI POMIESZCZENIAMI) LUB AKROFOBIA (LĘK WYSOKOŚCI)**  *CLAUSTROPHOBIA (FEAR OF ENCLOSED SPACES) OR ACROPHOBIA (FEAR OF HEIGHTS)* |
| **LĘK PRZED WODĄ, GŁĘBOKOŚCIĄ LUB OTWARTĄ PRZESTRZENIĄ**  *FEAR OF WATER, DEPTH, OR OPEN SPACES* |
| **ZABURZENIA CIŚNIENIA KRWI**  *BLOOD PRESSURE DISORDER* |
| **CUKRZYCA**  *DIABETES* |
| **ROZRUSZNIK SERCA LUB WSZCZEPIONY DEFIBRYLATOR**  *PACEMAKER OR IMPLANTED DEFIBRILLATOR* |
| **REUMATYZM, ZAPALENIA KOSTNO-STAWOWE LUB INNE CHOROBY UKŁADU RUCHU**  *ARTHRITIS, OSTEOARTHRITIS OR OTHER MUSCULAR / SKELETAL DISORDERS* |
| **ALERGIE (W TYM NP. JAD PSZCZÓŁ LUB OS)**  *ALLERGIES (INC. E.G. BEE OR WASP VENOM)* |
| **OPERACJE (OSTATNIO PRZEBYTE)**  *SURGERIES (RECENTLY PASSED)* |
| **INNE STANY LUB KONIECZNOŚĆ STOSOWANIA LEKÓW, KTÓRE MOGĄ MIEĆ WPŁYW NA ĆWICZENIA WSPINACZKOWE**  *ANY OTHER MEDICAL CONDITIONS OR MEDICATION DEPENDENCY THAT COULD AFFECT CLIMBING OR THE PHYSICAL IMPACT OF CLIMBING* |