

OŚWIADCZENIE
O STANIE ZDROWIA I BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ DO UPRAWIANIA SPORTÓW EKSTREMALNYCH
ORAZ ZAPOZNANIU SIĘ Z ZASADAMI UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH
PRAKTYCZNYCH/WARSZTATACH TERENOWYCH ORGANIZOWANYCH W
RAMACH STUDIÓW PODYPLOMOWYCH „MEDYCYNĄ GÓRSKĄ”

(imię i nazwisko)

(PESEL/data urodzenia).....

Oświadczam, że nie mam żadnych przeciwwskazań zdrowotnych do uprawiania sportów ekstremalnych. Jestem świadomy/świadoma swojego stanu zdrowia. Na własną odpowiedzialność przystępuję do zajęć praktycznych/ warsztatów terenowych odbywających się w ramach studiów „Medycyna Górską” organizowanych przez Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Collegium Medicum. Ponoszę pełną odpowiedzialność za udział w powyższych zajęciach. Zapoznałem się z regulaminem studiów podyplomowych i zobowiązuję się go przestrzegać. Przyjmuję do wiadomości, że kierownik studiów oraz Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Collegium Medicum nie ponoszą odpowiedzialności za odniesione przeze mnie ewentualne kontuzje i uszczerbki na zdrowiu powstałe podczas zajęć praktycznych/warsztatów terenowych.

Przyjmuję do wiadomości, że ze względu na program studiów obejmujący wiele sesji praktycznych w warunkach górskich od kandydatów wymagana jest sprawność fizyczna oraz stan zdrowia umożliwiające intensywny wysiłek fizyczny oraz wielogodzinne przebywanie w warunkach ekstremalnych. Aktywny udział w zajęciach praktycznych jest warunkiem koniecznym do zaliczenia poszczególnych modułów i dopuszczenia słuchacza do egzaminu końcowego.

.....

Data i podpis Słuchacza