

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W LETNIM KURSIE GRY W TENISA W HOUSE OF TENNIS****DANE OSOBOWE UCZESTNIKA:**

Imię i nazwisko: .....

Telefon kontaktowy: .....

Adres e-mail: .....

Doświadczenie tenisowe/poziom: .....

Ja niżej podpisany/a deklaruję chęć uczestnictwa w letnim kursie gry w tenisa organizowanym przez House of Tennis Sp. z o.o. oraz oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z regulaminem letniego kursu oraz regulaminem kortów House of Tennis, dostępnymi na [www.houseoftennis.pl](http://www.houseoftennis.pl) oraz w recepcji klubu, których zobowiązuję się przestrzegać.
2. Zobowiązuję się do terminowej płatności za kurs w recepcji klubu lub na rachunek bankowy klubu: 61 1910 1048 2205 0001 1053 0001 przed rozpoczęciem kursu.
3. Zostałem poinformowany/a, że absencja kursanta nie ma wpływu na wysokość opłat za korzystanie z zajęć, a odrabianie zajęć możliwe jest jedynie w przypadku zgłoszenia planowanej nieobecności z wyprzedzeniem min. 7 dni lub w przypadku, kiedy uczestnik objęty jest kwarantanną lub izolacją ze względu na zakażenie COVID-19, o czym informuje niezwłocznie House of Tennis.
4. Nie mam żadnych, znanych mi przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach sportowych.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu uczestnictwa w kursie oraz zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO dostępną na [www.houseoftennis.pl](http://www.houseoftennis.pl)
6. Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie zdjęć bądź filmów z przebiegu kursu do celów marketingowych House of Tennis w sposób nienaruszający prywatności i godności uczestnika

.....  
data.....  
podpis

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA KURSU DOTYCZĄCE COVID -19**

1. Oświadczam, że według swojej najlepszej wiedzy:
  - a. Nie jestem osobą zakażoną COVID-19 (obecnie nie występują u mnie ani moich domowników oraz nie występowały w ciągu ostatnich dwóch tygodni objawy infekcji m.in. gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła)
  - a. Nie przebywam na kwarantannie, ani nie pozostaję pod nadzorem epidemiologicznym
  - b. W ostatnich 14 dniach nie miałem/am kontaktu z osobą zakażoną lub osobą podejrzaną o zakażenie COVID-19 lub osobą na kwarantannie czy pod nadzorem epidemiologicznym
1. Oświadczam, że zastosuję wszelkie środki bezpieczeństwa związane z przeciwdziałaniem zarażeniu COVID-19 obowiązujące podczas zajęć kursowych
2. Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za mój stan zdrowia i zobowiązuję się również do niezwłocznego przekazania informacji, gdyby w trakcie zajęć lub okresie następującym bezpośrednio po zajęciach, pojawiły się zmiany w stanie mojego zdrowia, które mogą wskazywać na zakażenie COVID -19

.....  
data

.....  
podpis