

YOGA

JAGODA

4825 Scott St. Suite B6
Schiller Park, IL, 60176

YOGA CLASS WAIVER AND LIABILITY RELEASE ZGODA I ZRZECZENIE ODPOWIEDZIALNOSCI

YogaJagoda

Participant Name / Imie i nazwisko:

Date of Birth / Data urodzenia:

Phone Number / Numer telefonu:

Email Address / Adres e-mail:

Emergency Contact Name & Phone / Osoba do kontaktu w nagłych przypadkach:

1. Acknowledgment of Risk / Uznanie ryzyka

I understand that participation in yoga classes involves physical activity, including stretching, balancing, strength exercises, and relaxation techniques. I acknowledge that there are inherent risks of injury, including but not limited to muscle strains, sprains, or more serious injuries.

Rozumiem, że udział w zajęciach jogi wiąże się z aktywnością fizyczną, w tym rozciąganiem, ćwiczeniami równowagi, siłowymi oraz technikami relaksacyjnymi. Przyjmuje do wiadomości, że istnieje ryzyko kontuzji, w tym m.in. naciągnięcia mięśni, skrelenia lub poważniejszych urazów.

2. Health Declaration / Oświadczenie zdrowotne

I confirm that I am in good physical condition and have no medical conditions that would prevent my full participation in yoga classes. I agree to inform the instructor of any injuries, medical conditions, or limitations prior to participating.

Oświadczam, że jestem w dobrym stanie zdrowia i nie mam przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach jogi. Zobowiązuje się poinformować instruktora o wszelkich urazach, problemach zdrowotnych lub ograniczeniach przed rozpoczęciem zajęć.

3. Assumption of Risk / Przejęcie ryzyka

I voluntarily participate in yoga classes and assume full responsibility for any risks, injuries, or damages that may occur, whether caused by negligence or otherwise.

Dobrowolnie uczestniczę w zajęciach jogi i biorę pełną odpowiedzialność za wszelkie ryzyko, kontuzje lub szkody, które mogą wystąpić, niezależnie od przyczyny.

4. Release of Liability / Zwolnienie z odpowiedzialności

I hereby release and discharge YogaJagoda, its owners, instructors, and staff from any and all claims, liabilities, or demands arising out of or related to my participation in yoga classes.

Niniejszym zwalniam YogaJagoda, jego właścicieli, instruktorów oraz pracowników z wszelkiej odpowiedzialności za roszczenia, zobowiązania lub szkody wynikające z mojego udziału w zajęciach jogi.

5. Personal Responsibility / Odpowiedzialność osobista

I agree to listen to my body, modify poses as needed, and stop any activity that causes pain or discomfort. I understand that the instructor is not a medical professional.

Zobowiązuje się słuchać swojego ciała, modyfikować pozycje w razie potrzeby oraz przerwać ćwiczenia w przypadku bólu lub dyskomfortu. Rozumiem, że instruktor nie jest pracownikiem medycznym.

6. Pregnancy / Ciąża

I confirm that I am not pregnant, or if I am, I have consulted with my healthcare provider and have approval to participate in yoga classes.

Potwierdzam, że nie jestem w ciąży, a jeśli jestem, skonsultowałam/em się z lekarzem i posiadam zgodę na udział w zajęciach jogi.

7. Photo & Video Release (Optional) / Zgoda na zdjęcia i nagrania (opcjonalnie)

I grant permission for YogaJagoda to use photographs or videos taken during classes for promotional purposes.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie zdjęć lub nagrań wykonanych podczas zajęć do celów promocyjnych.

☐ Yes / Tak

☐ No / Nie

8. Cancellation & Refund Policy / Polityka anulowania i zwrotów

I understand and agree to the studio's cancellation and refund policy.

Rozumiem i akceptuję politykę anulowania i zwrotów obowiązującą w studio.

9. Governing Law / Prawo właściwe

This agreement shall be governed by the laws of the State of Illinois.

Niniejsza umowa podlega prawu stanu Illinois.

Signature / Podpis

I have read this waiver and fully understand its contents. I voluntarily agree to its terms.

Oświadczam, że przeczytałam/em niniejszy dokument, rozumiem jego treść i dobrowolnie akceptuję jego warunki.

Participant Signature / Podpis uczestnika:

Date / Data:

(If participant is under 18 / W przypadku osób poniżej 18 roku życia)

Parent/Guardian Name / Imię i nazwisko rodzica/opiekuna:

Parent/Guardian Signature / Podpis rodzica/opiekuna:

Date / Data: