

Inowrocław, ………………………. 2024 r.

**DEKLARACJA**

**Wyrażam wolę uczestnictwa w „Programie zapobiegania upadkom dla seniorów
w województwie kujawsko-pomorskim” Edycja 2024 r.**

**Imię i nazwisko:** …………………………………………………..

**Miejscowość zamieszkania:** ……………………………………...

**Telefon kontaktowy:** …………………………………………...…

**Wiek:** ……………………………….

Oświadczam, że zapoznałem / zapoznałam[[1]](#footnote-1) się z założeniami Programu oraz przyjmuję
do wiadomości niżej wymienione bezwzględne przeciwskazania do intensywnego treningu:

* choroba niedokrwienna serca powodująca ból dławicowy przy minimalnej aktywności ruchowej,
* wczesny okres po zawale mięśnia sercowego,
* niewydolność serca,
* zaburzenia rytmu serca i przewodzenia niepoddające się leczeniu,
* wady zastawkowe serca, zwłaszcza z sinicą,
* znaczne powiększenie mięśnia sercowego,
* nadciśnienie tętnicze niepoddające się leczeniu,
* rozrusznik serca (szczególnie bez autoregulacji),
* niewyrównana cukrzyca,
* duża otyłość,
* ostre choroby infekcyjne,
* zaostrzenie choroby astmatycznej,
* choroby nowotworowe,
* choroby metaboliczne niewyrównane.

………………………………………………………. **czytelny podpis osoby zgłaszającej się do Programu**



1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)