

## BADANIA POSTUROGRAFICZNE

Akademicki Związek Sportowy  
Klub Uczelniany  
Politechniki Opolskiej  
Ul. Prószkowska 76/9a 45-758 Opole

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w badaniach oceny postawy ciała realizowanych podczas półkolonii letnich z AZSem, w skład badania wchodzić będą: pomiar wzrostu, masy ciała, ocena sylwetki metodą fotograficzną oraz rejestracja odbitek stóp metodą pantograficzną. Rodzice otrzymają wyniki w postaci wydruku.

Imię i nazwisko dziecka \_\_\_\_\_ 1

Podpis rodzica/opiekuna prawnego \_\_\_\_\_ 2

Wyrażam zgodę na wykorzystanie wyników badań posturograficznych mojego dziecka do celów publikacji naukowych realizowanych przez Wydział Wychowania Fizycznego i Fizjoterapii.

Podpis rodzica/opiekuna prawnego \_\_\_\_\_ 3

---

<sup>1</sup> Pole obowiązkowe

<sup>2</sup> Pole obowiązkowe

<sup>3</sup> Pole nieobowiązkowe