

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA UŻYTKOWNIKA MAŁOLETNIEGO

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o charakterze doświadczenia w wirtualnej rzeczywistości (VR) oraz o potencjalnych zagrożeniach z nim związanych.

Jestem świadomy/a, że doświadczenie VR może obejmować bodźce wizualne, w tym światło stroboskopowe lub szybkozmienne obrazy, które mogą wywołać m.in. zawroty głowy, dezorientację, nudności, zmęczenie wzroku, a w rzadkich przypadkach reakcje neurologiczne (np. u osób z predyspozycjami do napadów padaczkowych). Przyjmuję również do wiadomości możliwość wystąpienia dyskomfortu psychicznego, chwilowego zaburzenia równowagi, dezorientacji przestrzennej lub reakcji stresowych.

Oświadczam, że mój podopieczny:

(imię i nazwisko osoby małoletniej)

nie posiada przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w doświadczeniu VR, w szczególności związanych z padaczką światłoczułą, poważnymi zaburzeniami neurologicznymi lub kardiologicznymi i że został/a poinformowany/a o konieczności natychmiastowego przerwania doświadczenia w przypadku wystąpienia niepokojących objawów.

Oświadczam, że mój podopieczny bierze udział w doświadczeniu dobrowolnie i na moją odpowiedzialność.

Data: _____

Imię i nazwisko: _____

Podpis opiekuna: _____