

טופס הרשמה

תאריך: \_\_\_\_\_ ש.נסיון עם: \_\_\_\_\_ בשעה: \_\_\_\_\_  
שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ מספר ת.ז. \_\_\_\_\_  
תאריך לידה: \_\_\_\_\_ מין: ז / נ מצב משפחתי: \_\_\_\_\_ עיסוק: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
טלפון בית: \_\_\_\_\_ טלפון עבודה: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_  
איך הגעת אלינו? \_\_\_\_\_  
הערות: \_\_\_\_\_

שאלון רפואי למתאמנים חדשים, נספח לטופס הצהרת בריאות

האם יש/היו לך בעיות **גב** כגון: פריצות דיסק, בלט דיסק, כאבים, ניתוחים וכיו"ב או משהו אחר?  
\_\_\_\_\_ אם כן- פרט: \_\_\_\_\_

האם יש/היו לך בעיות **צוואר** כגון: פריצת דיסק, "צלילפת שוט", כאבים או פגיעות כתוצאה מתאונות  
כלשהן? אם כן- פרט: \_\_\_\_\_

האם יש/היו לך בעיות **ברכיים** כגון: קרע בסחוס, שבר, כאבים כלשהם/אחר? אם כן- פרט:  
\_\_\_\_\_

האם יש/היו לך **שברים** שנגרמו בשנה האחרונה? האם יש/היו לך **נקעים** חוזרים?  
\_\_\_\_\_ אם כן- פרט: \_\_\_\_\_

האם יש/היו לך בעיות כלשהן **במפרקים** כגון: שורש כף היד, מפרק הירך, וכיו"ב, אם כן- פרט:  
\_\_\_\_\_

האם יש/היו לך בעיות כלשהן **פריקות כתף** חוזרות? האם זה קרה במהלך השנה האחרונה? אם כן- פרט:  
\_\_\_\_\_

האם את/ה סובלת/ **מלחץ דם נמוך** הגורם לסחרחורת? אם כן, פרט: \_\_\_\_\_

האם את/ה נוטל **תרופות** כלשהן באופן קבוע? אם כן, פרט (כולל תופעות לוואי כגון סחרחורת, עייפות  
וחולשה): \_\_\_\_\_

האם קיבלת טיפולים כנגד **מחלה כרונית** במהלך השנה האחרונה? (כולל טיפולי כימותרפיה) אם כן,  
פרט: \_\_\_\_\_

האם אתה סובלת/ **מכאבי ראש/מיגרנות** באופן כרוני? האם את/ה מטופלת בנושא? אם כן, פרט:  
\_\_\_\_\_

האם את בהריון/מנסה להיכנס להריון? כן/לא אם כן, באיזה חודש/שבוע את? \_\_\_\_\_

האם את במהלך טיפולי הפרייה? כן/לא

האם ישנם פרטים בריאותיים נוספים שחשוב להביא לידיעת הצוות המקצועי? אם כן, פרט: \_\_\_\_\_

### הצהרת בריאות

אני הח"מ מצהיר בזה כי מצב בריאותי תקין/ נבדקתי במהלך השנה האחרונה ומצב בריאותי תקין, וכי אני סובל מכל מחלה ומגבלה, שיש בהם כדי להשפיע/ למנוע את השתתפותי בכל פעילות גופנית/ כושר המתקיימים במכון (התעמלות, שימוש במכשירים, תרגילי כושר גופני וכיוצ"ב). במידה והנני סובל מבעיות כאמור, הנני מתחייב לפרטן על גבי מסמך זה וכן בעל-פה, ובמידה ולא אעשה כן, הרי שכל פגיעה בי בעת קיום הפעילות הנ"ל הינה על אחריותי בלבד. הנני מתחייב להודיע להנהלת המכון על כל שינוי שיחול במצבי הבריאותי ו/או בכושרי הפיזי. כמו כן הנני מצהיר שכל הפרטים אשר מסרתי ומילאתי לעיל, הינם נכונים.

### מנוי פילאטיס/ג'ירוטוניק- תקנון ונהלים:

חבילת השיעורים/המנוי הינם מוגבלים בזמן על פי המחירון.

- מנוי פילאטיס/ג'ירוטוניק הינו אישי ואינו ניתן להעברה.
- שיעור פילאטיס/ג'ירוטוניק מתקיים רק בתיאום מראש.
- אורכו של שיעור כ-60 דקות.
- אין שימוש במכשירי הפילאטיס והג'ירוטוניק ללא מדריך.
- ביטול שיעור יאושר רק במידה ויתבצע יום קודם לכן, עד השעה 22:00. במידה ולא כן הדבר, יחויב המתאמן בשיעור.
- הנהלת המכון תהיה רשאית לשנות את מחירי השיעורים על פי שיקול דעתה, בכל עת.
- לא יינתן החזר כספי בגין שיעורים שלא נוצלו.
- ההנהלה רשאית לדרוש מהמועמד למלא שאלון רפואי ו/או להמציא אישורים רפואיים בדבר מצבו הבריאותי.
- הלבוש בזמן השיעור: בגד התעמלות נוח וגרביים. לא ניתן להתעמל ברגליים חשופות.
- חובה להביא מגבת לשיעור.

\*\*\*אני הח"מ מצהיר/ה בזאת שקראתי והבנתי את כל הכתוב לעיל וכי הנני מסכים/ה לכל האמור: \_\_\_\_\_

שם מלא \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_