



טופס פרטים אישיים

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ תאריך לידה: _____
ת.ז: _____ טל' נייד: _____ טל' בבית: _____
כתובת בבית: _____ עיסוק: _____
דוא"ל: (חובה!!) _____ שם בפייסבוק: _____
ימי אימון מועדפים: _____

מתאמן/ת יקר/ה,

הסטודיו נועד לעזור לך לשמור על כושרך ובריאותך, יחד עם זאת שימוש בלתי נכון במכשירים ע"י אדם הסובל מהפרעה גופנית כלשהי עלול לגרום לו לנזק. אבקשך לקרוא בעיון את האמור לעיל ולהשיב על השאלון ב"כן" ו"לא" תוך מתן הפירוט הנדרש (על מנת לאפשר לך את האימון האופטימלי עבורך):

- ♥ האם את/ה סובלת/ת או סבלת בעבר מבעיות גב, כגון: פריצת דיסק, בלט דיסק, כאבים, ניתוחים וכיו"ב?

- ♥ האם את/ה סובלת/ת או סבלת בעבר מבעיות צוואר, כגון: פריצת דיסק, "צליפת שוט", כאבים או פגיעות כתוצאה מתאונות כלשהן?

- ♥ האם את/ה סובלת/ת מבעיות ברכיים, כגון: קרע בסחוס, שבר, כאבים כלשהם/אחר?

- ♥ האם את/ה סובלת/ת או סבלת בעבר מבעיות במערכת השרירים?

- ♥ האם את/ה סובלת/ת או סבלת בעבר משברים בעצמות? האם יש/היו לך נקעים חוזרים?

- ♥ האם את/ה סובלת/ת או סבלת בעבר מבעיות במפרקים (ברכיים, אגן, פריקות כתף חוזרות, שורש כף יד, מפרק הירך...)?

- ♥ האם את/ה סובלת/ת מכאבי ראש/ מיגרנות באופן כרוני? האם את/ה מטופלת בנושא?

- ♥ האם את/ה סובלת/ת מאוסטיאופורוזיס?

- ♥ האם את/ה סובלת/ת מלחץ דם נמוך הגורם לסחרחורת?

- ♥ האם את/ה נוטלת/ת תרופות כלשהן באופן קבוע? אם כן, פרט (כולל תופעות לוואי כגון סחרחורת, עייפות וחולשה)



האם קיבלת טיפולים נגד מחלה כרונית במהלך השנה האחרונה? ♥

האם את מהלך טיפולי הפריה? כן/לא

האם את בהריון/ מנסה להיכנס להריון כן/לא

אם כן- באיזה חודש/שבוע את? _____

אם כן, אילו תופעות לוואי את חווה בשלב זה של ההריון: _____

האם את אחרי לידה? כן/לא. אם כן, כמה זמן אחרי? _____ איזו לידה עברת? רגילה/קיסרית ♥

אם כן, אילו תופעות לוואי את חווה בשלב זה של ההריון: _____

האם את/ה נמצאת בטיפול רפואי אחר? _____ ♥

האם ישנם פרטים בריאותיים נוספים שחשוב להביא לידיעתנו המדריכות? ♥

מהו אופי פעילותך במשך היום? (ישיבה מול מחשב, הרמת משאות, נהיגה וכו')? _____ ♥

האם את/ה מבצעת פעילות ספורטיבית אחרת? _____ ♥

מהן ציפיותיך ומטרותיך מתרגול שיטת פילאטיס? _____ ♥

הצהרת בריאות:

אני הח"מ מצהיר בזה כי ברצוני להשתתף בפעילות גופנית על פי שיטת הפילאטיס לרבות שימוש במכשירים שונים. הריני להצהיר בזאת כי הנני בריא לחלוטין ומצב בריאותי תקין ומאפשר פעילות גופנית מכל סוג ללא כל מגבלה ומבלי שאסכן עצמי או אחרים. במידה והנני סובל מבעיה כאמור, הנני מתחייב לפרטה ע"ג מסמך זה ובע"פ. במידה ולא אעשה כן הרי שכל פגיעה בי בעת קיום הפעילות הנ"ל, הינה על אחריותי בלבד. הריני להצהיר כי ידוע לי כי רק בהסתמך על הצהרתי זו מאפשרת לי לקחת חלק בפעילות הגופנית האמורה וכי אלמלא הצהרתי זו לא היה מתאפשר לי לקחת חלק בה. הריני להצהיר כי אני נוטל חלק בפעילות הגופנית האמורה על פי החלטתי בלבד, לפי שיקול דעתי הבלעדי ובאחריותי הבלעדית, מתוך ידיעה ברורה כי אם יגרם לי נזק מכל מין וסוג שהוא במהלך ו/או עקב ו/או כתוצאה ו/או בקשר עם הפעילות הגופנית האמורה, הרי שלא אוכל לבוא בכל טענה ו/או דרישה ו/או תביעה כספית ו/או אחרת מכל סוג ומין שהוא כלפי המדריכה ומנהלת הסטודיו, מור שבת בצלאל, או כל מדריכה מטעמה. הנני מתחייב להודיע למדריכה, מור שבת בצלאל, על כל שינוי שיחול במצבי הבריאותי/גופני/כושרי הפיזי.

אישור זה הינו זמני בלבד! יש להמציא אישור רפואי בר תוקף מרופא מוסמך.

שם: _____

תאריך: _____

חתימה: _____



תקנון ונהלים:

יש להמציא אישור רפואי בר תוקף מרופא מוסמך שהינך כשיר/ה לפעילות גופנית זו.

שיעור פילאטיס מתקיים רק בתיאום מראש.

אין שימוש במכשירי הפילאטיס ללא מדריך.

אורכו של שיעור כ- 50 דקות.

שיעור שבוטל לא יחויב רק במידה והועברה הודעה של לפחות 24 שעות מראש.

לא יתקבל החזר כספי בגין שיעורים שלא נוצלו- לא ניתן לבטל מנוי.

המנוי הינו אישי ואינו ניתן להעברה (העברה תתאפשר רק במקרה של מצב רפואי לא כשיר).

לכל כרטיסיה יש תום תוקף – נא לשים לב.

לכל מתאמן שיבוץ שבועי קבוע לאימון (אלא אם בחרת שלא)- שימו לב כי ביטולים חוזרים ונשנים מהשיבוץ הקבוע, יאלצו לגרום לביטול הרישום הקבוע אליו/את/ה רשומ/ה (ובהתאם לקבוע שיעורים או על בסיס מקום פנוי או שיבוץ מחדש). במעמד זה אציין כי, כשאתם מחסירים על בסיס קבוע ממועד האימון הקבוע שלכם, אתם תופסים מקום של מתאמן אחר שרוצה להגיע במועד זה.

אין לדבר בטלפון הנייד בשטח הסטודיו (יש להשתיק את הנייד בכניסה לשיעור).

על המתאמן להגיע בלבוש נוח, עדיף צמוד וגרביים.

מומלץ לא לאכול ארוחה גדולה כשעתיים לפני השיעור.

שיעור ניסיון הינו בעלות של 60 ₪ לצרכי ביטוח המתאמן.

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

שם מלא _____ ת.ז. _____ חתימה _____