

## סטודיו יפעת – הצהרת בריאות

תאריך: \_\_\_\_\_  
שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_  
תאריך לידה: \_\_\_\_\_ מין: ז/נ עיסוק: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
טלפון בבית: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_  
איך הגעת אלי? \_\_\_\_\_

### מצב בריאותי

האם יש/היו לך בעיות גב כגון: פריצות דיסק, בלט דיסק, כאב, אוסטאופורוזיס, ניתוחים וכיו"ב או משהו אחר? ציין מתי ובאיזה איזור בגב ופרט: \_\_\_\_\_

האם יש/היו לך בעיות צוואר כגון: פריצת דיסק, "צליפת שוט", כאבים או פגיעות כתוצאה מתאונות כלשהן? אם כן – ציין מתי ופרט: \_\_\_\_\_

האם יש/היו לך בעיות ברכיים כגון: קרע בסחוס, שבר, כאבים כלשהם/אחר? אם כן – ציין מתי ופרט: \_\_\_\_\_

האם יש לך שברים שנגרמו בשנה האחרונה? האם יש/היו לך נקעים חוזרים? אם כן – ציין מתי ופרט: \_\_\_\_\_

האם יש/היו לך בעיות כלשהן בפרקים/ במפרקים כגון: שורש כף היד, מפרק הירך, וכיו"ב, אם כן – ציין מתי ופרט: \_\_\_\_\_

האם יש/היו לך בעיות כלשהן פריקת כתף חוזרות? האם זה קרה במהלך השנה האחרונה? כאבים בכתף/שכמה? אם כן – ציין מתי ופרט: \_\_\_\_\_

האם את/ה סובלת/ מלחץ דם נמוך הגורם לסחרחורת?

אם כן – ציין מתי ופרט: \_\_\_\_\_

האם קיבלת טיפולים כנגד מחלה כרונית במהלך השנה האחרונה? (כולל טיפולי כימותרפיה) אם כן – ציין מתי ופרט: \_\_\_\_\_

האם אתה סובלת/ מכאבי ראש/מיגרנות באופן כרוני? האם את/ה מטופלת בנושא? אם כן – ציין מתי ופרט: \_\_\_\_\_

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

האם ישנן בעיות בריאותיות נוספות שחשוב ליידע אותי? פרט: \_\_\_\_\_

---

## הצהרת בריאות

אני הח"מ מצהיר בזה כי מצב בריאותי תקין/נבדקתי במהלך השנה האחרונה ומצב בריאותי תקין, וכי איני סובל מכל מחלה ומגבלה, שיש בהם כדי להשפיע/ למנוע את השתתפותי בכל פעילות גופנית/ כושר המתקיים 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 – תקנון ונהלים:

המנוי הינו על בסיס חודשי על פי מחירון ובתשלום מראש.

השיעור מתקיים בתיאום מראש.

אורך השיעור 55 דקות.

ניתן לבטל שיעור בהודעה מראש ובלבד שההודעה תימסר לא פחות מ-14 שעות לפני השיעור ככל שהודעה שתימסר לאחר מכן – יחוייב שיעור מלא.

ניתן להשלים את השיעור החסר ובלבד שהשלמה זו מבוצעת מהלך אותו חודש בו ניתנת הודעת הביטול כנדרש, ההשלמה על חשבון מקום פנוי.

הנהלת הסטודיו תהיה רשאית לשנות את המחירים על פי שיקול דעתה, בכל עת ובהודעה מראש.

לא יינתן החזר כספי בגין שיעורים שלא נוצלו.

ההנהלה רשאית לדרוש מהמועמד למלא שאלון רפואי ו/או להמציא אישורים רפואיים בדבר מצבו הבריאותי.

אין להשתמש במכשירי הפילאטיס או בבריכה ללא מדריך, כל שימוש במכשירים ללא הנחיה או אישור מראש, הינו על אחריות המשתמש בלבד.

הלבוש בזמן השיעור: בגד התעמלות נוח וגרביים נגד החלקה. לא ניתן להתעמל ברגליים חשופות על המכשירים, ושיער ארוך לאסוף.

חובה להביא מגבת לשיעור.

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

