

פרטים אישיים

שם פרטי _____ שם משפחה _____ מצב משפחתי ר / נ / ג / א
 ת.ז. _____ תאריך לידה _____ גיל _____
 כתובת _____
 טל' _____ טל נייד _____
 E mail _____ עיסוק _____

למילוי לפני שיעור הניסיון

ברצוני להתאמן בשיטת הפילאטיס בכדי:

- א. להתחטב
- ב. בריאות כללית/שיפור היציבה/גמישות
- ג. בעיות רפואיות/כאבים
- ד. אחר: _____

האם התאמנת בפילאטיס בעבר? לא / כן
 אם כן, היכן/באיזו מסגרת _____ מתי _____ במשך כמה זמן _____

האם הינך עוסק בפעילות גופנית מכל סוג שהוא? לא / כן
 אם כן, איזו _____ היכן/באיזו מסגרת _____ כמה זמן _____

מצב גופני/בעיות רפואיות: _____

האם את בהריון? כן / לא

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 הגבלה 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 הפילות הנ"ל, הינה על אחריותי בלבד. הריני להצהיר כי ידוע לי כי רק בהסתמך על הצהרתי זו מאפשרת לי חברת ד.ר. המרכז הישראלי לפילאטיס, לקחת חלק בפעילות הגופנית האמורה וכי אלמלא הצהרתי זו לא היו מאפשרים 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 ד.ר. המרכז הישראלי לפילאטיס ו/או למי מטעמה. הנני מתחייב להודיע להנהלת המכון על כל שינוי שיחול במצבי הבריאות/גופני/כושרי הפיזי.

שם _____ ת.ז. _____ חתימה _____

שם מדריך _____ חתימת המדריך _____ תאריך _____