

**טופס הרשמה**

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם מלא באנגלית \_\_\_\_\_  
 ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_  
 טלפון \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_ דוא"ל \_\_\_\_\_

הנני מעוניינת לקבל מידע מבית הספר (מיילים ו- sms) אודות תכנים רלוונטיים: עדכוני תאריכים ושינויים, כנסים, סדנאות, מבצעים והנחות.

האם התאמת בפילאטיס בעבר? אם כן, באיזו מסגרת ובמשך כמה זמן?

\_\_\_\_\_

האם הינך עוסק בפעילות גופנית מכל סוג שהוא? אם כן, איזו ובמשך כמה זמן?

\_\_\_\_\_

האם הינך בעלת/הסמכה קודמת בהדרכה (מדריך/ת אירובי/חיטוב, מורה למחול/חני"ג, רקדנית מקצועית/ת) היכן ומתי סיימת את הקורס? נא לצרף תעודת הסמכה.

\_\_\_\_\_

ברצוני להירשם לקורס: רצפה / מכשירים / משולב / קוראליין (נא לסמן קורס רצוי)  
 בסניף: רמ"א / ת"א / חיפה / ירושלים / הוד"ש / בני ברק / רמה"ש (נא לסמן סניף רצוי) במועד: \_\_\_\_\_  
 אני מצטרף/ת לקורס אנטומיה: כן / לא  
 אני מצטרף/ת לקורס עזרה ראשונה: כן / לא

נא מלא/י בכתב ברור את פרטי דמי המקדמה / שכר הלימוד לקורס:

מספר כרטיס אשראי \_\_\_\_\_ תוקף \_\_\_\_\_  
 מספר המחאה \_\_\_\_\_ שם הבנק \_\_\_\_\_ זמן פירעון \_\_\_\_\_

**הצהרת בריאות**

\_\_\_\_\_ מצב גופני/בעיות רפואיות:  
 \_\_\_\_\_ האם הינך בהריון?  
 \_\_\_\_\_ האם עברת ניתוחים בעבר?  
 \_\_\_\_\_ האם הינך נוטלת תרופות?  
 \_\_\_\_\_ לחץ דם: גבוה / רגיל / נמוך  
 \_\_\_\_\_ האם הינך סובלת/מסכרת  
 \_\_\_\_\_ האם הינך סובלת/מבעיות לב

אני הח"מ, מצהיר בזה כי ברצוני להשתתף בקורס הדרכה על פי שיטת הפילאטיס. הריני להצהיר כי הנני בריא/ה לחלוטין ומצב בריאותי תקין ומאפשר פעילות גופנית מכל סוג ללא הגבלה ומבלי שאסכן את עצמי או אחרים. במידה והנני סובלת/מבעיה כאמור, הנני מתחייבת/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 חברת ד.ר המרכז הישראלי לפילאטיס, לקחת חלק בקורס ההדרכה האמור וכי אלמלא הצהרתי זו לא היו מאפשרים לי לקחת חלק בה. הריני להצהיר כי אני מוטל חלק בקורס ההדרכה האמור 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 קורס ההדרכה האמור, 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 מתחייבת/להודיע להנהלת בית הספר על כל שינוי שיחול במצבי הבריאותי/גופני/כושרי הפיזי. על החתום,

\_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_