

שם ומשפחה _____ תאריך לידה _____

טלפון: _____ סלולרי _____

כתובת _____ E-mail : _____

סוג המנוי: חד שבועי / חופשי / חדר כושר / אחר _____
משך תקופת המנוי: מתמשך / שנתי / חודשי / אחר _____

איך הגעת אלינו? _____
הערות: _____

הנני מאשר לשלוח לי הודעות SMS בנושאים הקשורים לספין פלוס. חתימה _____
הנני מאשר כי קראתי את תקנון המועדון ואני מודע לכל פרטיו. חתימה _____

הצהרת בריאות (השאלון מנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות, אך מיועד גם לנקבה).

חלק א': שאלון רפואי (אנא קרא את השאלות להלן בצורה יסודית ופעל לפי הנחיות אלה):

א. אם התשובה על אחת או יותר מהשאלות שבחלק א' היא חיובית, אז לצורך קבלתך למועדון הכושר עלייך להמציא למועדון הכושר גם תעודה רפואית מרופא ולפיה הרופא מאשר כי אין סיכון לבריאותך באימון במועדון כושר. מתאמן יתקבל למועדון הכושר לאחר שהמציא תעודה רפואית שלא עברו שלושה חודשים ממועד הנפקתה.

ב. אם כל התשובות לשאלות שבחלק א' הן שליליות – מלא את ההצהרה שבחלק ב' וחתום עליה.

ג. בכל מקרה של שינוי במצבך הרפואי, יש להתייעץ עם רופא לגבי המשך פעילות במועדון הכושר.

1. האם הרופא אמר לך שאתה סובל ממחלת לב?

2. האם אתה חש כאבים בחזה –

(א) בזמן מנוחה? (ב) במהלך פעילויות שגרה ביום-יום? (ג) בזמן שאתה מבצע פעילות גופנית?

3. האם במהלך השנה החולפת –

(א) איבדת שיווי משקל עקב סחרחורת? סמן לא – אם הסחרחורת נבעה מנשימת יתר (כולל במהלך פעילות גופנית נמרצת)

(ב) איבדת את הכרתך?

4. האם רופא אבחן שאתה סובל ממחלת האסתמה ולכן בשלושת החודשים האחרונים –

(א) נזקקת לטיפול תרופתי? (ב) סבלת מקוצר נשימה או צפצופים?

5. האם אחד מבני משפחתך מדרגת קרבה ראשונה נפטר –

(א) ממחלת לב? (ב) ממוות פתאומי בגיל מוקדם? (לפני גיל 55 בגבר, לפני גיל 65 אישה)

6. האם הרופא אמר לך ב-5 השנים האחרונות לבצע פעילות גופנית רק תחת השגחה רפואית?

7. האם אתה סובל ממחלה קבועה (כרונית), שאינה נזכרת בשאלות לעיל ועשויה למנוע או להגביל אותך בביצוע פעילות גופנית?

8. לנשים בהיריון: האם ההיריון הזה או כל היריון קודם הוגדר היריון בסיכון?

חלק ב': הצהרה

אני, החתום מטה, מצהיר כי קראתי והבנתי את כל השאלון הרפואי שבחלק א' לטופס זה וכל התשובות לשאלות בטופס זה הן שליליות. אני מצהיר כי מסרתי ידיעות מלאות ונכונות על מצבי הרפואי בעבר ובהווה לפי השאלות שנשאלתי בשאלון האמור. ידוע לי כי לאחר שנתיים מיום חתימתי על הצהרת בריאות זו אדרש להמציא הצהרת בריאות חדשה.

שם ושם משפחה: _____ ת.ז. _____ תאריך: _____ חתימה: _____