



טופס הרשמה והצהרת בריאות סטודיו "אלמנט"

הנהלת הסטודיו ממליצה למנויים, לפני כל פעילות ספורטיבית, לעבור בדיקה רפואית תקופתית ולקבל חוות דעת רפואית לגבי הפעילות הגופנית הספציפית בהם מתכוונים המנויים לעסוק. הנהלת הסטודיו ממליצה למנויים להימנע מפעילות ספורטיבית בטרם עברו את הבדיקות הרפואיות כאמור.

שם פרטי של המנוי/ה: _____ שם משפחה: _____

תאריך לידה: ____/____/____

כתובת: _____

מספר טלפון בבית: _____ נייד: _____

כתובת מייל (באותיות גדולות): _____

(אני מאשר הצטרפתי לרשימת התפוצה של "סטודיו אלמנט").

הרשמה לשיעור התנסות ללא התחייבות

תאריך: _____

- הנני מאשר/ת כי אין לי מגבלות רפואיות המונעות ממני לקחת חלק בכל הפעילויות, לרבות פעילות גופנית מכל סוג שהיא.
במידה וקיימת מגבלה רפואית כלשהי אנא פרטי: _____
במידה וקיימת מגבלה רפואית באחריות המנוי לצרף אישור רופא המאשר פעילות גופנית וכשירות גופנית מכל סוג שהיא.
- אני מתחייב/ת להודיע להנהלת הסטודיו על כל בעיה רפואית, באם תהיה, במהלך תקופת המנוי.
- אני מאשר/ת פרסום התמונות שלי באתר האינטרנט של "סטודיו אלמנט" ובפרסומי הסטודיו מעת לעת. במידה וקיימת התנגדות יש ליידע את הסטודיו בכתב.
- על החתום:

שם: _____ מספר ת.ז: _____

תאריך: _____ חתימה: X _____