



הצהרת בריאות — חדר כושר

מרכז בריאות וספורט קציר

פרטים אישיים

תאריך לידה:

ת.ז.:

טלפון:

שם מלא:

יישוב:

מין  זכר  נקבה:

שאלות רפואיות

אנא סמן/י כן או לא לכל שאלה. במקרה של "כן" — פרטי/י בשדה ההערות.

שאלה	כן / לא	הערות
האם אתה/את סובלת/ת ממחלת לב, הפרעת קצב, או עברת ניתוח לב?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
האם אתה/את סובלת/ת מלחץ דם גבוה?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
האם אתה/את סובלת/ת מסוכרת?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
האם חווית כאבים בחזה, קוצר נשימה, או סחרחורת/סחרחורת במאמץ גופני?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
האם אתה/את סובלת/ת מאסטמה, אלרגיה או בעיה ריאתית אחרת?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
האם אתה/את סובלת/ת מבעיות בעמוד השדרה, ברכיים, או פרקים?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
האם אתה/את עברת ניתוח כלשהו בשנה האחרונה?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
האם את בהיריון?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
האם אתה/את נוטלת/ת תרופות קבועות?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
האם ידוע לך על מגבלה רפואית אחרת שרלוונטית לפעילות גופנית?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	

הצהרה

אני החתום/ה מטה מצהיר/ה כי מילאתי את השאלון הרפואי לעיל בצורה מלאה ואמיתית, וכי המידע שמסרתי מדויק. ידוע לי כי פעילות גופנית כרוכה בסיכונים, ואני מקבלת/ת על עצמי אחריות לפעול בהתאם להמלצות המדריכים ולדווח על כל שינוי במצב הבריאותי.

חתימת המתאמן/ת

תאריך



---

אישור הורים / אפטרופוס — לקטינים מתחת לגיל 18

שם הילד \_\_\_\_\_ תעודת זהות \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_

אני החתום/ה מטה, הורה / אפטרופוס של הקטין/ה, מאשר/ת בזאת כי קראתי את הצהרת הבריאות שלעיל, הבנתי את תוכנה, ואני מאשר/ת את השתתפות הקטין/ה בפעילות בחדר הכושר במרכז בריאות וספורט קציר. אני מצהיר/ה כי הילד/ה בריא/ה ואין כל מניעה רפואית להשתתפותו/ה בפעילות הגופנית. ידוע לי כי ניתן יהיה לעדכן הצהרה זו בכל עת במקרה של שינוי במצב הבריאותי.

קשר לקטין/ה: \_\_\_\_\_ ת.ז. הורה / אפטרופוס: \_\_\_\_\_ שם הורה / אפטרופוס: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ חתימת הורה / אפטרופוס

\_\_\_\_\_ תאריך

\* חלק זה ימולא בחתימת הורה/אפטרופוס בלבד עבור מתאמנים מתחת לגיל 18.