

הצהרת בריאות

פרטים אישיים:

	טלפון		שם מלא
	תאריך לידה		ת.ז.
	טלפון של איש הקשר		איש קשר למקרה חירום

מצב רפואי:

	פריצות דיסק	כן / לא
	בעיות / כאבי גב באופן כללי	כן / לא
	כאבים / בעיות במפרקים	כן / לא
	הריון	כן / לא
	לחץ דם גבוה / נמוך / סדיר	כן / לא
פרט:	ניתוחים	כן / לא
פרט:	מחלות כרוניות	כן / לא
		שונות:

הנני מצהיר/ה כי מצב בריאותי טוב וכי אינני סובל/ת מבעיות רפואיות העלולות להתעורר עתוצאה מפעילות גופנית וכי איני מסוגל/ת לעסוק באימון אקטיבי או פאסיבי וכי אימון כאמור לא יפגע בבריאותי, בטחוני, נוחיותי או מצבי הפיזי.

חל איסור להתאמן בעת פציעה או תחת השפעת תרופות, אלא על פי אישור רפואי בכתב.

יש להודיע על כל שינוי במצב הבריאותי.

הנני מצהיר כי כל האמור לעיל הינו אמת.

תאריך

חתימה