



תאריך: \_\_\_\_\_

### טופס הרשמה

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_

תאריך לידה: \_\_\_\_\_ עיסוק: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

טלפון בבית: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_

איש קשר למקרה חרום: \_\_\_\_\_ טל': \_\_\_\_\_

### חלק א' - שאלון רפואי

1. האם יש/היו לך בעיות **גב** כגון: פריצות דיסק, בלט דיסק, כאבים, ניתוחים וכיו"ב או משהו אחר? אם כן - פרטי: \_\_\_\_\_

2. האם יש/היו לך בעיות **צוואר** כגון: פריצות דיסק, "צלפוחות שוט", כאבים או פגיעות כתוצאה מתאונות כלשהן? אם כן - פרטי: \_\_\_\_\_

3. האם יש/היו לך בעיות **ברכיים** כגון: קרע בסחוס, שבר, כאבים כלשהם/אחר? אם כן - פרטי: \_\_\_\_\_

4. האם יש/היו לך בעיות **שברים** שנגרמו בשנה האחרונה? האם יש/היו נקעים חוזרים? אם כן - פרטי: \_\_\_\_\_

5. האם יש/היו לך בעיות כלשהן **במרפקים** כגון: שורש כף יד, מפרק הירך וכיו"ב? אם כן - פרטי: \_\_\_\_\_

6. האם יש/היו לך בעיות **לב**? אם כן - פרטי: \_\_\_\_\_

7. האם יש/היו לך בעיות כלשהן **פריקות כתף** חוזרות? האם זה קרה במהלך השנה האחרונה? אם כן - פרטי: \_\_\_\_\_



8. האם את סובלת מלחץ דם נמוך הגורם לסחרחורת או לחץ דם גבוה?  
אם כן - פרטי: \_\_\_\_\_

9. האם את נוטלת תרופות כלשהן באופן קבוע? אם כן - פרטי (כולל תופעות לוואי כגון:  
סחרחורת, עייפות וחולשה) \_\_\_\_\_

10. האם את סובלת מכאבי ראש/מיגרנות באופן קבוע? האם את מטופלת בנושא?  
אם כן- פרטי: \_\_\_\_\_

### חלק ב' - הצהרת בריאות

הנני מצהירה כי אני במצב פיזי טוב וכי אינני סובלת מבעיות רפואיות העלולות להתעורר כתוצאה מתרגול יוגה נשית וכי אני מסוגלת לעסוק באימון אקטיבי או פסיבי וכי אימון כאמור לא יפגע בבריאותי, נוחיותי או מצב פיזי.

השתתפתי בפעילות בסטדיו יוגה נשית הינה באחריותי הבלעדית ואין "יוג-אן" ו/או מטעמו אחריות לנזק גופני כלשהו העלול להיגרם מכך.

- אישור זה הינו זמני בלבד! יש להמציא אישור רפואי בר תוקף.
- חל איסור להתאמן בעת פציעה או תחת השפעת תרופות, אלא על פי אישור רפואי בכתב.
- יש להודיע על כל שינוי במצב הבריאותי.

חתימה: \_\_\_\_\_