Πρότυπο από το MOTVIVO · motvivo.com/el/guides/ypefthyni-dilosi/

Αντικαταστήστε ό,τι είναι μέσα σε γκρι [αγκύλες], σβήστε ό,τι δεν σας αφορά, και δώστε το σε τοπικό δικηγόρο να το ελέγξει πριν το χρησιμοποιήσετε.

[Όνομα στούντιο] – Υπεύθυνη δήλωση συμμετοχής και ερωτηματολόγιο υγείας (έκδοση [1.0], [ημερομηνία])

1. Συμμετοχή. Επιθυμώ να συμμετέχω σε [ομαδικά μαθήματα, μαθήματα reformer, ελεύθερη χρήση του γυμναστηρίου, προσωπική προπόνηση, online μαθήματα] στο [όνομα στούντιο], [διεύθυνση].

2. Κίνδυνοι. Γνωρίζω ότι η άσκηση απαιτεί σωματική προσπάθεια και ενέχει κάποιο κίνδυνο, όπως [τραβήγματα μυών, διαστρέμματα, πτώσεις, τραυματισμούς από τον εξοπλισμό, επαφή με άλλους ασκούμενους], και σε σπάνιες περιπτώσεις σοβαρότερο τραυματισμό ή πρόβλημα υγείας.

3. Η υγεία μου. Έχω απαντήσει με ειλικρίνεια στις ερωτήσεις υγείας. Θα ενημερώνω τον εκπαιδευτή μου για κάθε τραυματισμό, ασθένεια, εγκυμοσύνη ή αλλαγή στην υγεία μου, θα συμβουλεύομαι τον γιατρό μου όπου το προτείνει το ερωτηματολόγιο, και θα σταματώ αν νιώσω πόνο ή ζάλη.

4. Όχι ιατρικές συμβουλές. Γνωρίζω ότι οι εκπαιδευτές του [όνομα στούντιο] δίνουν μόνο καθοδήγηση για την άσκηση και δεν κάνουν διάγνωση ούτε θεραπεία ιατρικών παθήσεων.

5. Κανόνες. Θα ακολουθώ τις οδηγίες του εκπαιδευτή μου, θα χρησιμοποιώ τον εξοπλισμό όπως μου δείχνουν και θα τηρώ τους κανόνες του χώρου [σύνδεσμος ή πού είναι αναρτημένοι].

6. Αποδοχή του κινδύνου. [Διατύπωση για την αποδοχή του κινδύνου και την απαλλαγή από την ευθύνη, όπως την έχει ελέγξει ο δικηγόρος σας για τη χώρα σας.]

7. Έκτακτη ανάγκη. Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, το [όνομα στούντιο] μπορεί να καλέσει τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης και το άτομο επικοινωνίας μου: [όνομα, τηλέφωνο].

8. Τα δεδομένα μου. Το [όνομα στούντιο] χρησιμοποιεί τις απαντήσεις μου για την υγεία μόνο για την ασφάλειά μου στο μάθημα. Τις βλέπουν μόνο [οι εκπαιδευτές και η ρεσεψιόν]. Φυλάσσονται για [διάστημα] και διαγράφονται [πότε]. Μπορώ να ζητήσω να τις δω, να τις διορθώσω ή να διαγραφούν στο [email]. Αναλυτικά: [σύνδεσμος πολιτικής απορρήτου].

9. Συμφωνία. Διάβασα και κατάλαβα την παρούσα δήλωση. Ονοματεπώνυμο: [ ] · Ημερομηνία γέννησης: [ ] · Υπογραφή: [ ] · Ημερομηνία: [ ]. Για ανήλικους κάτω των [18]: ονοματεπώνυμο και υπογραφή γονέα ή κηδεμόνα [ ].

Ερωτήσεις υγείας

Απαντήστε με ναι ή όχι. Αν απαντήσετε ναι σε κάποια ερώτηση, μιλήστε με τον γιατρό σας πριν από το πρώτο μάθημα και ενημερώστε τον εκπαιδευτή σας.

1. Σας έχει πει ποτέ γιατρός να περιορίσετε τη σωματική δραστηριότητα ή να γυμνάζεστε μόνο υπό ιατρική παρακολούθηση;
   □ Ναι □ Όχι
2. Έχετε καρδιακό πρόβλημα ή υψηλή πίεση, ή νιώθετε πόνο στο στήθος όταν γυμνάζεστε;
   □ Ναι □ Όχι
3. Έχετε χάσει τις αισθήσεις σας, ή την ισορροπία σας από ζάλη, τον τελευταίο χρόνο;

□ Ναι □ Όχι

4. Έχετε κάποιον τραυματισμό ή πρόβλημα στα οστά, στις αρθρώσεις ή στη μέση που μπορεί να χειροτερέψει με την άσκηση;
   □ Ναι □ Όχι
5. Έχετε κάνει εγχείρηση ή περάσει σοβαρή ασθένεια τους τελευταίους [6] μήνες;
   □ Ναι □ Όχι
6. Είστε έγκυος, ή έχετε γεννήσει τους τελευταίους [6] μήνες;
   □ Ναι □ Όχι
7. Παίρνετε φάρμακα ή έχετε κάποια πάθηση (όπως διαβήτη, άσθμα ή επιληψία) που πρέπει να γνωρίζει ο εκπαιδευτής σας σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης;
   □ Ναι □ Όχι
8. Υπάρχει κάτι άλλο που πρέπει να ξέρει ο εκπαιδευτής σας; (προαιρετικό)

_____

_____

Ονοματεπώνυμο · Ημερομηνία · Υπογραφή