



סטודיו לעיצוב הגוף

לכבוד:

סטודיו MOOD

תאריך \_\_\_\_\_

הצהרת בריאות למתעמל בסטודיו ובחוגים

שם ושם משפחה: \_\_\_\_\_

נייד: \_\_\_\_\_

הנני מצהיר/ה כי אינני סובל/ת מבעיות רפואיות העלולות לסכן אותי כתוצאה מאימון בסטודיו וכי אני מסוגל/ת לעסוק באימון אקטיבי או פסיבי וכי אימון כאמור לא יפגע בבריאותי/בטחוני/נוחיותי או במצבי הפיזי.

חתימה \_\_\_\_\_

במידה והלקוח מתחת לגיל 18

שם ההורה/אפוטרופוס \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_