

Waiver Odpowiedzialności Fitness & PAR-Q

Kwestionariusz Gotowości do Aktywności Fizycznej i waiver odpowiedzialności dla usług siłowni i fitness

Informacje Klienta

Imię *

Nazwisko *

Adres Email *

Numer Telefonu *

Data Urodzenia *

DD / MM / RRRR

Badanie Zdrowia PAR-Q

Kwestionariusz Gotowości do Aktywności Fizycznej — Prosimy odpowiadać szczerze. Jeśli odpowiesz TAK na dowolne pytanie, skonsultuj się z lekarzem przed rozpoczęciem programu ćwiczeń.

Czy lekarz kiedykolwiek powiedział Ci, że masz chorobę serca i zalecił jedynie aktywność nadzorowaną medycznie? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy doświadczasz bólu w klatce piersiowej podczas aktywności fizycznej? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy doświadczyłeś zawrotów głowy lub utraty przytomności w ciągu ostatnich 12 miesięcy? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy masz problem z kośćcami lub stawami, który może się pogorszyć w wyniku aktywności fizycznej? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy aktualnie przyjmujesz leki na ciśnienie krwi lub chorobę serca? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy istnieje jakiś inny powód, dla którego nie powinieneś angażować się w aktywność fizyczną? *

☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, prosimy wyjaśnić

Kontakt Awaryjny

Imię i Nazwisko Kontaktu Awaryjnego *

Telefon Kontaktu Awaryjnego *

Relacja

Waiver Odpowiedzialności

Przejęcie Ryzyka i Waiver Odpowiedzialności:

1. Rozumiem, że ćwiczenia fizyczne wiążą się z nieodłącznymi zagrożeniami, w tym między innymi: napięcia mięśni, zwichnięcia, złamania, zdarzenia sercowe oraz inne urazy.
2. Dobrowolnie przejmuję wszelkie ryzyka związane z moim udziałem w ćwiczeniach fizycznych.
3. Poświadczam, że jestem w dobrej kondycji fizycznej i nie mam żadnego stanu zdrowotnego, który uniemożliwiłby moją partycypację, lub uzyskałem zatwierdzenie lekarza.
4. Zgadzam się przestrzegać wszystkich wytycznych bezpieczeństwa i instrukcji udzielonych przez personel.
5. Niezwłocznie powiadomię personel o wszelkim bólu, dyskomforcie lub nieznanych objawach podczas ćwiczeń.
6. Zwalniam i chronię placówkę, jej właścicieli, pracowników i trenerów od wszelkich roszczeń, odszkodowań lub odpowiedzialności wynikającej z mojej partycypacji.
7. Rozumiem, że waiver ten dotyczy wszystkich wizyt i aktywności w tej placówce.

Dobrowolnie przejmuję wszelkie ryzyka ćwiczeń fizycznych i zwalniam placówkę z odpowiedzialności.

Przeczytałem i zgadzam się z waiverem odpowiedzialności: _____

Zgoda i Podpis

Poświadczam, że informacje zdrowotne, które podałem, są dokładne. Przeczytałem i rozumiem PAR-Q i waiver odpowiedzialności. Dobrowolnie wyrażam zgodę na uczestniczenie w ćwiczeniach fitness i przejmuję wszelkie związane z nimi ryzyka.

Potwierdzam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje i wybieram pełną zgodę.

Przeczytałem i rozumiem powyższe informacje: _____

Podpis

Data

Drukowane imię i nazwisko

Data *

DD / MM / RRRR

Ten formularz został bezpłatnie udostępniony przez Consentify

Consentify zamienia formularze takie jak ten w cyfrową zgodę, którą Twój klient podpisuje na własnym telefonie za pomocą kodu QR — z automatycznymi plikami PDF, flagami przeciwwskazań i zaszyfrowaną pamięcią. Darmowy plan dostępny na <https://getconsentify.com>.

Tylko szablon. Przed użyciem zapoznaj się z własnym licencjonowanym specjalistą lub doradcą prawnym; wymagania różnią się w zależności od jurysdykcji i rodzaju praktyki.