



Karta Uczestnika Treningu EMS

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Tel.:

e-mail:

Data urodzenia: Wzrost (cm): Waga (kg):

Kontakt alternatywny:

Pytania o stan zdrowia:

Czy Twój lekarz kiedykolwiek stwierdził, że masz problemy kardiologiczne? TAK/NIE

Czy posiadasz rozrusznik serca? TAK/NIE

Czy doświadczasz bólu w klatce piersiowej podczas wysiłku? TAK/NIE

Czy kiedykolwiek miałeś/miałaś atak epilepsji? TAK/NIE

Czy byłeś/byłaś operowany/a w ciągu ostatnich 3 miesięcy? TAK/NIE

Czy kiedykolwiek stwierdzono u Ciebie chorobę nowotworową? TAK/NIE

Czy Twój stan zdrowia/przypadek medyczny może powodować ból/ ograniczenia, które trzeba wziąć pod uwagę podczas układania programu treningowego? TAK/NIE

Czy masz kontuzje lub problemy natury ortopedycznej? TAK/NIE

Czy masz na ciele jakieś uszkodzenia skóry (rany, oparzenia, itp.) TAK/NIE

Czy są inne choroby/przeciwwskazania medyczne, o których powinien wiedzieć Twój trener? TAK/NIE

Jeżeli na jedno lub więcej pytań odpowiedzią jest „TAK”, sprecyzuj:

.....
.....

Czy regularnie zażywasz jakieś leki? TAK/NIE

Jeśli tak, czy jakiś wpływa negatywnie na Twoją zdolność do ćwiczeń/osiągania celów treningowych?

Czy jesteś w ciąży? TAK/NIE

Czy jesteś w okresie laktacji? TAK/NIE

Jaki jest Twój cel treningowy?

.....

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i prawidłowe. Jestem świadom faktu, że osoba-trener, która przeprowadza trening nie będzie pociągnięta do odpowiedzialności w przypadku kontuzji lub wypadku spowodowanego Treningiem EMS lub spowodowanego nieprawdziwymi informacjami podanymi w kwestionariuszu medycznym.

Miejscowość i data:

Podpis Klienta: