

KARTA UCZESTNICTWA W TRENINGU EMS

DANE/INFORMACJE

Imię i nazwisko		
Adres		
Data urodzenia		
Telefon		
E-mail		
Czy uczestnik choruje przewlekłe	TAK	NIE
Jeśli TAK to proszę opisać chorobę		
Czy uczestnik przyjmuje leki	TAK	NIE
Jeżeli TAK to proszę opisać jakie		
Uwagi		

Uczestnik zobowiązany jest bezwzględnie poinformować instruktora o nagłym pogorszeniu stanu zdrowia, nagłym zachorowaniu czy też zgłosić jakikolwiek niepokojący objaw. Jeżeli istnieją wątpliwości uczestnik zobowiązany jest do konsultacji przed treningiem z lekarzem. Uczestnik jest świadomy wszelkich zagrożeń, przystępuje do treningu na własne ryzyko i odpowiedzialność. Uczestnik oświadcza, że jego stan zdrowia pozwala na wykonanie treningu EMS. Uczestnik przyjmuje do wiadomości, że w sporadycznych sytuacjach może dojść do otarcia skóry, zaczerwienienia, siniaków, krwiaków i oświadcza, że z tego tytułu nie będzie dochodził roszczeń.

Podpis

Uczestnik oświadcza, że zapoznał się z przeciwwskazaniami do wykonania treningu i orzeka, że takich **NIE** posiada:

Wszczepiony rozrusznik serca lub stymulator mózgu

Wszelkie wady serca Choroby o ostrym lub zapalnym przebiegu

Świeże rany lub niedawne operacje

Ciąża

Zakrzepica, hemofilia, zaburzenia krążenia

Cukrzyca z migroangiopatią / gangreną

Okresowa chemioterapia lub leczenie nowotworów

Padaczka lub schorzenia neurologiczne
Przepuklina powłok brzusznych lub przepuklina pachwinowa
Gruźlica i ciężkie choroby układu oddechowego
Stenty (poniżej 6 miesięcy)
Nowotwory
Choroby, którym towarzyszy wysoka gorączka, ostre zapalenia bakteryjne lub wirusowe
Ciężkie choroby neurologiczne
Mocne zaburzenia krzepnięcia krwi
Po zabiegach na brzuch poniżej 6miesięcy
Niedawno przebyty zabieg chirurgiczny

Podpis

Trening osób z poniższymi problemami zdrowotnymi jest możliwy **TYLKO PO PRZEDŁOŻENIU ZAŚWIADCZENIA LEKARSKIEGO:**

Ostre bóle pleców
Stenty i bypassy (powyżej 6 miesięcy)
Choroby układu sercowo-naczyniowego (HKL)
Padaczka (brak ataku od co najmniej 12 miesięcy)
Niepełnosprawność fizyczna lub umysłowa
Choroba żylna kończyn dolnych
Choroba lokomocyjna
Wkładka domaciczna
Stwardnienie rozsiane (brak ataku od 6 miesięcy)
Inne

Podpis

Trening EMS jest oddziaływaniem na cały organizm dlatego uczestnik potwierdza brak w.w. przeciwwskazań. Za uszkodzenia sprzętu powstałe na skutek złego użytkowania przez uczestnika ponosi on odpowiedzialność. Uczestnik jest zobowiązany do wykonywania ćwiczeń zgodnie z zaleceniem instruktora.

Miejscowość i data, Podpis uczestnika