

به نام خالق حرکت
فرم اطلاعات فردی و تعهد ورزشی

- اخلاق و شئونات ورزشی در محیط باشگاه کاملاً رعایت شود.
- راس ساعت مقرر در سالن حاضر شده و حتی الامکان غیبت ننمایید.
- نظافت فردی و عمومی را رعایت نموده و درباره هرگونه سابقه بیماری بامری خود مشورت
نمایید.

- هرگونه صدمات در باشگاه به عهده خود شخص میباشد.
- حفظ لوازم شخصی به عهده خود شخص می باشد و باشگاه هیچ گونه مسئولیتی ندارد لذا از آوردن
اشیاء گران قیمت خودداری نمایید.

- هرگونه خسارت به باشگاه به عهده ورزشکار بوده و تاوان آن دریافت خواهد شد.
- شهریه کامل قبل از برگزاری جلسه اول دریافت می شود و به هیچ عنوان پس داده نخواهد شد و
اعتبار هر شهریه یک ماه میباشد.

نام:..... نام خانوادگی:..... شماره ملی:..... نام پدر:.....

تاریخ تولد:..... تاریخ ثبت نام:..... رشته:.....

آدرس کامل منزل:.....

کد پستی:.....

شماره تماس:.....

شماره تماس نزدیکترین فرد:.....

موارد بالا را دقیقاً مطالعه نموده و متعهد می شوم با اخلاق شایسته در این باشگاه ورزش نمایم.
امضاء و اثر انگشت

افراد کمتر از سن قانونی رضایت والدین الزامی است.

اینجانب ولی موارد بالا را دقیقاً مطالعه نموده و رضایت خود را جهت

تمرین فرزندم در رشته با شرایط بالا اعلام می نمایم.

امضاء و اثر انگشت

مشخصات فردی

نام و نام خانوادگی:	شماره تماس:	تاریخ تولد:
وزن:	وضعیت تاهل:	تعداد زایمان:
قد:	سن یائسگی:	میزان تحصیلات:
شغل:	ساعات کاری:	آنالیز بدنی:

- وضعیت فعالیت روزانه:

آیا سابقه تمرینی دارید؟

رشته: مدت: چه سالی بوده؟.....

-چند روز در هفته می توانید ورزش کنید؟ سه بار/چهار بار
-اهداف شما از مراجعه به باشگاه ورزشی و اجرای تمرینات ورزشی چیست؟

-میزان آشنایی شما از حرکات و ابزارهای تمرینی چه مقدار است؟

-از چه نوع حرکاتی لذت می برید؟

-به چه نوع حرکاتی علاقه مند نیستید؟ و چرا؟

- چند ساعت _ در شبانه روز _ می خوابید؟

چند ساعت _ در شبانه روز _ کار نشسته دارید؟.....

آیا حامله یا شیرده هستید؟

در ماه چند بارداری یا شیردهی هستید؟

آیا قبلاً رژیم غذایی خاصی داشته اید؟

یک خط درباره تجربه خود از رژیم قبلی بنویسید:

داروهای مصرفی خود را بنویسید:

سابقه مشکلات پزشکی خود را بنویسید:

_ به کدام یک از مشکلات زیر دچار هستید؟

خستگی ریزش مو تنگی نفس سوزش سردل اخیراً کاهش/ افزایش وزن داشته ام تغییر اشتها

اگر کاهش/ افزایش وزن داشته اید

_ میزان تغییر و مدت زمان آن را بنویسید:

_ میزان فشار خون خود را بنویسید:

_ تعداد ضربان قلب خود (در دقیقه) را بنویسید:

خیر	بله	آیا تاکنون پزشک شما اشاره کرده است که شما دچار مشکل قلبی هستید؟
خیر	بله	آیا در هنگام انجام فعالیت در قفسه سینه خود احساس درد می کنید؟
خیر	بله	آیا تا کنون به دلیل سرگیجه، تعادل یا هوشیاری خود را از دست داده اید؟
خیر	بله	آیا دچار مشکلات مفصل یا استخوان (به عنوان مثال در کمر، زانو یا لگن) هستید که ممکن است با تغییر در فعالیت جسمانی شما بدتر شود؟
خیر	بله	آیا دچار فشار خون یا مشکلات قلبی هستید؟