



## תקנון הסטודיו:

כללי:

- אורכו של שיעור הינו 55 דקות.
- יש להגיע בזמן.
- הנהלת הסטודיו רשאית להחליף מדריכים, במידת הצורך.

### עדכון מצב רפואי:

- הצהרת בריאות נדרשת מכל מתעמל חדש בעת ההרשמה.
- יש לעדכן את מדריכות הסטודיו בכל שינוי במצב הרפואי.
- יש לעדכן את המדריכות על כאב חריג אשר מופיע במהלך האימון.

### התנהלות בסטודיו:

- יש להגיע לשיעורים בביגוד נוח.
- יש לחלוץ נעליים בכניסה לסטודיו, הקפידו על גרביים נקיות (מומלץ נגד החלקה).
- ניתן להשתמש במזרוני הסטודיו, מומלץ להביא מגבת אישית.
- הסטודיו אינו אחראי לנזק ו/או אובדן של חפצים ודברי ערך. ניתן לאחסן במדף בתוך הסטודיו.
- יש להשתיק טלפונים סלולריים במהלך השיעור.
- בבקשה הימנעו מלהגיע לאימון עם ריחות חזקים של בשמים וכדומה.

### התנהלות בחגים:

- בשבתות/חגים לא יתקיימו שיעורים. בערבי חג יתקיימו אך ורק שיעורי בוקר.
- הסטודיו ישאף להשלים שיעורים אשר התבטלו עקב חגים.

### הרשמה לשיעורים:

- ההשתתפות בשיעורים מותנית בהרשמה מראש. ללא הרשמה ההשתתפות היא על בסיס מקום פנוי.
- ההרשמה לשיעורים היא מראש דרך אתר התלמידים.
- ניתן להירשם למספר שיעורים שבועיים מראש על פי המנוי הנרכש וניתן לשנות או לבטל עצמאית.
- יש לבטל את השיעור שאינכם יכולים להגיע אליו על מנת לאפשר למי שברשימת ההמתנה להצטרף לשיעור. הקפידו לבטל בהקדם האפשרי - יש רשימות המתנה לשיעורים מסוימים והסטודיו רוצה לנסות ולתת מענה לכולם.

## תשלום:

- שיעור ניסיון אחד - חינם.
- התשלום לשיעורים הוא מראש ברכישת מנוי או בקניית כרטיסיה, עפ"י התעריפים המופיעים באתר:
- **מנוי חודשי - תשלום עבור שלושה חודשים** – בצ'קים עוקבים ודחויים עד ל-10 לכל חודש (צ'ק ראשון מזומן, והצ'קים הבאים לחודשים הבאים).
- **קניית כרטיסיה עבור 10 שיעורים** - תשלום במזומן/צ'ק/העברה בנקאית.
- כרטיסיה ניתנת לשימוש עד לשישה חודשים.
- קישור למחירים: <https://nataliepilates.weekin.co.il/Home/Tariff>
- על מנת להירשם לשיעורים ולקבל אישור על ההשתתפות בשיעור, כרטיס המנוי האישי שלכם צריך להיות מעודכן בתשלומים השוטפים.

## השלמת שיעורים:

- לא תהיה התחשבות פר שיעור (למעט לרוכש כרטיסיה), ניתן יהיה להשלים בשיעורים האחרים במערכת על פי מקום פנוי.

## ביטול/שינוי מנוי:

- במידה ויש שינוי במנוי יש להודיע חודש מראש ואז הצ'קים יוחזרו או יוחלף.
- במקרה של היעדרות בגין מחלה או אחר מעל שבועיים, ניתן יהיה להקפיד את המנוי.



## טופס פרטים אישיים:

שם פרטי ושם משפחה: \_\_\_\_\_

תאריך לידה: \_\_\_\_\_ מין / נ ז מס'

ת.ז. \_\_\_\_\_

מצב משפחתי: מספר ילדים: \_\_\_\_\_ עיסוק: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

מספרי טלפון: \_\_\_\_\_

דוא"ל: \_\_\_\_\_ פייסבוק \_\_\_\_\_

האם התאמת בעבר בפילאטיס? \_\_\_\_\_

### שאלון רפואי:

האם יש/היו לך בעיות גב כגון: פריצות דיסק, בלט דיסק, כאבים, ניתוחים וכיו"ב או משהו אחר? אם כן- פרט:

\_\_\_\_\_

האם יש/היו לך בעיות צוואר כגון: פריצת דיסק, "צליפת שוט", "כאבים או פגיעות כתוצאה מתאונות כלשהן? אם כן- פרט:

\_\_\_\_\_

האם יש/היו לך בעיות ברכיים כגון: קרע בסחוס, שבר, כאבים כלשהם/אחר? אם כן- פרט:

\_\_\_\_\_

האם יש/היו לך שברים שנגרמו בשנה האחרונה? האם יש/היו לך נקעים חוזרים?

אם כן- פרט: \_\_\_\_\_

האם אתה סובלת/מכאבי ראש/מיגרנות באופן כרוני? האם אתה מטופלת בנושא? אם כן- פרט: \_\_\_\_\_

האם יש/היו לך בעיות או דלקות כלשהן במפרקים כגון: כתפיים, שורש כף היד, מפרק הירך, מפרק האגן וכיו. אם כן- פרט: \_\_\_\_\_

האם את/ה סובלת/ת מלחץ דם נמוך הגורם לסחרחורת? אם כן- פרט: \_\_\_\_\_

האם את/ה נוטל תרופות כלשהן באופן קבוע? אם כן- פרט (כולל תופעות לוואי כגון סחרחורת, עייפות, שרירים שנתפסים וחולשה): \_\_\_\_\_

האם קיבלת טיפולים כנגד מחלה כרונית במהלך השנה האחרונה (? כולל טיפולי כימותרפיה) אם כן- פרט: \_\_\_\_\_

האם הינך עוסק בפעילות גופנית כלשהיא? \_\_\_\_\_

האם ישנם פרטים בריאותיים נוספים שחשוב להביא לידיעתך? אם כן- פרט \_\_\_\_\_

מהן ציפיותך ומטרותיך מתרגול השיטה פילאטיס? \_\_\_\_\_  
הצהרת הלקוח:

- ✓ אני מצהיר בזאת כי קראתי בעיון ומילאתי בפירוט את השאלון דלעיל. במידה ויחול שינוי במצבי הבריאותי אני מתחייב להודיע בהקדם.
- ✓ הנני מצהיר בזאת כי מלבד הפרטים שנמסרו בשאלון הרפואי, אני בריא וכשיר ואין לי כל מגבלה רפואית הידועה לי המונעת ממני להשתתף בשיעורי פילאטיס.
- ✓ ידוע לי כי במידה ולא אדווח על שינוי במצבי הבריאותי/גופני כיום ובעתיד הרי שכל פגיעה ונזק שנגרמו כתוצאה משינוי זה יחולו על אחריותי בלבד ולא אוכל לבוא בכל טענה או תביעה כנגד נטלי שורנזון מכל אחריות לכל נזק שייגרם לי עקב פגם או הפרעה גופניים שאת פרטיהם לא מסרתי לעיל.
- ✓ במצבים של בעיה פתולוגית כלשהי יש לצרף אישור רופא, אחריות תחול על המשתתף במידה ולא תביא אישור שכזה

תאריך \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_