

# KARTA UCZESTNICTWA W TRENINGU EMS

## DANE / INFORMACJE

Imię i nazwisko		
Adres		
Data urodzenia		
Telefon		
E-mail		
Czy uczestnik choruje przewlekłe	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Jeżeli <b>TAK</b> to proszę opisać chorobę		
Czy uczestnik przyjmuje leki	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Jeżeli <b>TAK</b> 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 otarć 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 6miesiący

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, data, podpis uczestnika