



## הצהרת בריאות לאימון איגרוף וכושר.

הנני מצהיר/ה כי אני במצב פיזי טוב וכי אינני סובל/ת מבעיות רפואיות העלולות להתעורר כתוצאה מאימון גופני. אני מסוגל/ת לעסוק באימון אקטיבי וכי אימון כאמור לא יפגע בבריאותי, בטחוני, נוחיותו או מצבי הפיזי.

השתתפתי בפעילות גופנית בהדרכת דן מור הינה באחריותי הבלעדית ואין לדן מור אחריות לנזק גופני כלשהו העלול להיגרם מכך.

שם ושם משפחה: \_\_\_\_\_  
תאריך לידה: \_\_\_\_\_  
במידה וקטין, שם ההורה: \_\_\_\_\_  
תעודת זהות: \_\_\_\_\_  
מייל: \_\_\_\_\_  
טלפון: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_