

Zgoda klienta My-Fit CENTRUM TRENINGU PERSONALNEGO

Imię i nazwisko, data urodzenia: _____

E-Mail, telefon: _____

- **Skąd się Pan/Pani o nas dowiedział:** Od rodziny/znajomych. Z Internetu. Inne: (prosimy o krótką informację)

Prosimy uważnie przeczytać poniższe warunki przed rozpoczęciem treningu z technologią EMS:

- W przypadku złego samopoczucia, zawrotów głowy lub ucisku w klatce piersiowej lub w okolicach serca należy natychmiast przerwać trening i zgłosić dolegliwość trenerowi.
- Po uruchomieniu urządzenia nie należy przełączać ani rozłączać kabli elektrod. Przed przełączeniem lub rozłączaniem kabli należy zawsze zatrzymać program i wyłączyć urządzenie, w przeciwnym razie istnieje wysokie ryzyko obrażeń.
- Nie należy umieszczać elektrod w miejscach, gdzie skóra jest uszkodzona (rany, stany zapalne, poparzenia, świąd, egzema itp.).
- Jeśli w czasie treningu pojawi się uczucie gorąca lub dyskomfort na skórze, należy natychmiast przerwać trening i zgłosić problem trenerowi. W przeciwnym razie istnieje wysokie ryzyko obrażeń.
- Kończone poddawane treningowi muszą pozostawić w napięciu izometrycznym, kontrolowanym przez trenera.
- Pij wodę przed, w trakcie i po treningu. Rób krótkie przerwy (min 30 sec.) i wypij przynajmniej 0,25 l wody, nasi trenerzy będą ci o tym przypominać.
- Zalecany jest zbilansowany posiłek na co najmniej 4 godziny przed treningiem.

Przeciwwskazania (Trening musi się odbywać za zgodą lekarza)

- Choroba psychiczna (schizofrenia),
- Choroba serca,
- Nadciśnienie,
- Rozrusznik serca,
- Nadczynność tarczycy, mocznica itp.,
- Cięża,
- Ciężka hemofilia,
- Przepuklina brzuszna,
- Nowotwór,
- Zakrzepica lub skłonność do zakrzepów (trombofilia, problemy z krzepiwością krwi),
- Ciężkie choroby neurologiczne,
- Cukrzyca,
- Gruźlica,
- Choroby powodujące gorączkę, ostre zapalenia bakteryjne i wirusowe,

Biorę na siebie pełną odpowiedzialność za skutki treningu wynikające z niewykrytych chorób. Podpisując niniejszą zgodę przyjmuje Pan/Pani do wiadomości, że przeczytał/a i w pełni zrozumiał/a powyższe informacje. Jednocześnie deklaruje Pan/Pani, że nie cierpi na żadne choroby, a w przeciwnym razie może korzystać z treningu EMS tylko po dokładnych badaniach i za zgodą lekarza.

Data _____

Podpis _____