

PERSONLIG TRÄNING

# FITNESS TRÄNING

UPPLEV SKILLNADEN!

KUND REGISTRERINGS FORMULÄR

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Kön: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Postnummer: \_\_\_\_\_

Stad: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

(Ifylls endast om under 18 år)

Förälders namn: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_

Yrke: \_\_\_\_\_

Arbetsgivare: \_\_\_\_\_

Tel. Arbete: \_\_\_\_\_

**FITNESS TRÄNING** BY SAMI KALLIO

Morgon

Kväll

2ggr/vecka

3ggr/vecka

Programmet löper i 10 veckor.

Pris:

2ggr/vecka = 2.800:-

3ggr/vecka = 4.200:-

Delbetalnings möjlighet:

50% betalas vid anmälan

50% betalas vid kursstart

Vänligen skriv ner nuvarande fysisk aktivitet, gruppträning, träning, idrott etc.: \_\_\_\_\_

Vad är ditt högsta tränings- eller idrottsmål? \_\_\_\_\_

Hur hörde du talas om Sami Kallio? \_\_\_\_\_

**Avboknings regler:**

Jag förstår att Sami Kallio - Body Balancer behöver tjugo fyra (24) timmars notis om min schemalagda bokning om jag skulle behöva avboka och ett misslyckande att göra så kommer innebära att jag blir debiterad för hela sessions avgiften.

**Överenskommelser**

Alla instruktörer, om annan än Sami Kallio, skall ha mottagit en 24-timmars notis vid övriga överenskommelser.

**Öppet köp regler:**

Öppet köp gäller fram till 3 dagar innan påbörjat program, alla avbokningar efter detta kommer att debiteras hela avgiften. Pengar återbetalas inte, men vid uppvisande av läkarintyg kan det finnas möjlighet att genomföra programmet vid senare tillfälle, om möjlighet och plats finns ledigt.

**SJUKDOMS HISTORIK**

*För att vi ska lära känna dig batter och kunna utforma ett träningsprogram som är bäst lämpat för dig, lämna följande information om din sjukdoms historik. All information är strikt konfidentiell.*

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Intar du för närvarande någon medicin?    Ja            Nej

Om ja, medicin: \_\_\_\_\_

Anledning: \_\_\_\_\_

Vänligen fyll i eventuella kosttillskott: \_\_\_\_\_

Allergier: \_\_\_\_\_

Läkare / terapeuts namn: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Datum för senaste besök: \_\_\_\_\_

>>

Behandlas du för närvarande av läkare /terapeut? Ja      Nej

Om ja, anledning: \_\_\_\_\_

Har en läkare / terapeut rådgivit dig gällande träning, kost, hälsa?

Förklara: \_\_\_\_\_

Vikt: \_\_\_\_\_ Längd: \_\_\_\_\_

Har du haft några kraftiga vikt/längd förändringar de senaste åren?

Om ja, förklara: \_\_\_\_\_

Vänligen skriv ner eventuella kirurgiska ingrepp: \_\_\_\_\_

Har du högt / lågt blodtryck? \_\_\_\_\_

Har du höga kolesterolnivåer? \_\_\_\_\_

Har du eller har haft problem med följande, om ja förklara:

JA      NEJ

Hjärta

Lungor

Astma

Hypertoni (högt blodtryck)

Stroke

Diabetes

Cancer

Bråck

Artrit

Sköldkörtel

Anemi

AIDS / HIV

Gikt

FÖRKLARA OM DU SVARAT JA PÅ NÅGON AV OVANSTÅENDE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Andra medicinska problem:**

Röker du? JA NEJ

Om ja, hur ofta? \_\_\_\_\_

Dricker du alkohol? JA NEJ

Om ja, hur ofta? \_\_\_\_\_

**Vänligen skriv ner eventuella skador:**

Nacke JA NEJ

Bål JA NEJ

Axlar / Skuldror JA NEJ

Rygg JA NEJ

Armbågar JA NEJ

Knän JA NEJ

Anklar JA NEJ

Höft JA NEJ

Andra skador JA NEJ

Om ja, förklara och skriv när det inträffade

---

---

---

Har du varit tvungen att genomgå någon behandling som sjukgymnastik eller rehabilitering som ett steg i ett kroniskt tillstånd eller särskilda skador? Om ja, förklara: \_\_\_\_\_

---

---

---

Har du någonsin, frivilligt eller ofrivilligt, avslutat någon behandling som sjukgymnastik eller terapi?

Om ja, förklara: \_\_\_\_\_

---

---

---

Vänligen förklara eventuella områden där du för närvarande känner av smärta: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

*Jag förstår att denna sjukdoms historik är till för att hjälpa din instruktör / instruktörer att lättare förstå eventuella risker förknippade med ett träningsprogram. Jag förstår att konsultera en läkare / terapeut för godkännande rekommenderas innan du påbörjar ett träningsprogram. Jag förstår att denna information kommer att behandlas strikt konfidentiellt och användas endast vid akuta fall. Jag förstår att Sami Kallio litar på svaren som angetts i syfte att utveckla ett träningsprogram som passar bäst för mina behov. I förstår att jag har en fortlöpande skyldighet att upplysa Sami Kallio om eventuella förändringar av svaren som angetts här. Min underskrift innebär att informationen ovan är sann och att eventuell information som lämnats obesvarade har gjorts avsiktligt.*

## ANSVARSFRIHET &amp; FRISKRIVNING

Jag förstår att fysisk aktivitet kan vara ansträngande och omfattas av risk för allvarlig skada, och bekräftar att jag har fått rådet att skaffa en fysisk undersökning av en legitimerad läkare / terapeut innan jag påbörjar någon träning eller personlig träning. Jag håller med om att ett deltagande i dessa tränings sessioner görs helt på egen risk. Jag har fyllt i en sjukdomshistorik och är medveten om att det är mitt ansvar att hålla reda på min hälsa under pågående program.

Jag förstår att användningen av Sami Kallio's eventuella anläggningar och utrustning samt för att delta i programmet eller på sponsrade evenemang utanför anläggningen görs på egen risk. Detta inkluderar, utan begränsning: A) användning av alla bekvämligheter och utrustning i anläggning och utomhus och deltagande i någon aktivitet, klasser, program, personlig träning, fitness coaching, eller instruktion, B) plötsliga och oförutsedda funktionsfel av all utrustning, C) vår undervisning, utbildning, övervakning eller kostrekommendationer.

Jag intygar att jag frivilligt deltar i denna verksamhet och användningen av dessa anläggningar och lokaler och förstår alla risker för skador.

&gt;&gt;

Jag accepterar uttryckligen att frigöra och avlasta Sami Kallio själv, alla deltagande parter, min personliga tränare, fitness coach, instruktör, handling eller försummelse från tredje part, inklusive men ej begränsat till kunder, entreprenörer eller anställda av Sami Kallio från alla krav, orsaker till åtgärd, skador för personskada eller skada på egendom och/eller utrustning, inklusive advokatkostnader. Jag håller också med om att ersätta, skydda, försvara de utgivna parterna från och mot allt ansvar, krav, åtgärder, skador till min person eller egendom, inklusive advokatkostnader.

Jag har läst detta ansvarsfrigivande och förstår till fullo dessa villkor. Jag accepterar uttryckligen att frigöra ansvarsfriheten från Sami Kallio, samtliga anställda, leverantörer, agenter, inhyrda, övriga representanter från allt ansvar och avstår från rätten att vidta rättsliga åtgärder mot organisation eller person för någon och alla handlingar eller försummelse, inklusive men inte begränsat till försumlighet, avsiktlig skadeståndsrätt, strikt ansvar, brott mot garantin och personskador eller materiella skador eller förlust.

Namn: \_\_\_\_\_ Signatur: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_

**FÖRÄLDER (Om under 18 år):**

Du bekräftar att du är förälder eller förmyndare för \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (barn med namn ovan) och att han / hon  
komer att frivilligt delta i fysisk aktivitet och träning involverande olika  
metoder och utrustning som skulle kunna vålla skada.

Du förstår och godkänner alla villkor som anges ovan i denna ansvarsfrihet och friskrivning och din signatur bekräftar avtal till villkor som anges på uppdrag av ditt barn.

JA Jag medger till grupp fotografier eller video av mina barn som skall vidtas och som skall användas i undervisningssyfte, publicitet och / eller program ändamål, inkluderande hemsida.

Barns namn: \_\_\_\_\_  
Förälders namn: \_\_\_\_\_  
Signatur: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_