



Inschrijfformulier

Warren's Sportinstituut B.V.
 Martin Luther Kinglaan 7
 3223 GG Hellevoetsluis
 Tel 0181 318847 / Fax 0181 319583
 www.warren.nl / info@warren.nl

Datum inschrijving

Ingangsdatum

Naam M V

 Voornaam/voorletters _____ Geb.datum
 Straat _____
 Postcode + woonplaats _____
 Beroep _____
 Telefoon
 Mobiel 0 6
 E-mail _____

Abonnementvorm strippenkaart 1x per week onbeperkt

Minimale duur lidmaatschap 12 wk 28 wk 1 jaar 2 jaar

Contributie , per 4 weken

Administratiekosten , borg ,

Betalingswijze automatische incasso contant

De persoonlijke gegevens van de leden zijn strikt vertrouwelijk en worden enkel en uitsluitend voor administratieve doeleinden van Warren's Sportinstituut gebruikt. Deze gegevens worden nooit voor commerciële doeleinden aan derden ter beschikking gesteld. Deze gegevens worden uitsluitend gebruikt om een veilig en effectief trainingsprogramma voor u samen te stellen.

A

- | | Ja | Nee | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| 1 Beoefent u andere sporten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zo ja, welke? _____ |
| 2 Heeft u eerder fitness beoefend? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zo ja, waar? _____ |
| 3 Heeft u hart-, vaat- of longklachten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4 Heeft u rug- of nekklachten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5 Heeft u gewrichtsklachten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6 Heeft u andere lichamelijke klachten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zo ja, welke? _____ |
| 7 Heeft u eerder (ernstige) blessures gehad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zo ja, welke? _____ |
| 8 Heeft u erfelijke aandoeningen (BV suikerziekte)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zo ja, welke? _____ |
| 9 Bent u op dit moment onder doktersbehandeling? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zo ja, bij wie en waarvoor? _____ |
| 10 Bent u op dit moment onder fysiotherapeutische behandeling? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zo ja, bij wie en waarvoor? _____ |
| 11 Gebruikt u op dit moment medicijnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zo ja, waarvoor? _____ |
| 12 Bent u wel eens geopereerd? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zo ja, waaraan? _____ |
| 13 Wanneer heeft u voor het laatst een medische keuring gehad? | | | Jaar <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

B Om onnodige risico's te vermijden verzoeken wij u vriendelijk de volgende vragen te beantwoorden:

- | | Ja | Nee | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| A Heeft uw arts ooit gezegd dat er mogelijk problemen zijn met uw hart? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ondergetekende verklaart hierbij kennis te hebben genomen van de vragen op dit formulier en heeft de vragen naar waarheid ingevuld. Voor een goede (medische) begeleiding moet u voor de vragen die u onder B met Ja heeft beantwoord eerst contact opnemen met uw behandelend arts, voordat u met een sportactiviteit start. Trainen in het sportinstituut geschiedt op eigen risico. |
| B Heeft u regelmatig pijn in uw borststreek of borst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| C Bent u vaak moe of heeft u last van duizeligheid? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Door ondertekening verklaart u de algemene voorwaarden welke op de achterzijde van dit inschrijfformulier staan vermeld, te kennen en te accepteren. |
| D Heeft uw arts ooit gezegd dat uw bloeddruk te hoog was? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| E Heeft uw arts ooit gezegd dat u bot- of gewrichtsafwijkingen heeft, zoals bijvoorbeeld een gewrichtsontsteking? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Handtekening klant + ouder of voogd bij minderjarig kind. |
| F Is er een andere reden dan hierboven genoemd waardoor u geen bewegingsprogramma zou kunnen volgen, ook al zou u dat willen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| G Bent u de afgelopen dagen griepig, verkouden o.i.d. geweest? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zijn er nog andere zaken (bijvoorbeeld medicijngebruik) die u voor een correcte behandeling zelf van belang acht, laat ons dit dan a.u.b. weten. |