



KarMel Pilates

Votre passage au bien-être

Your path to well being

Bilan de santé

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province : _____ Code Postal : _____

Téléphone : _____ Cellulaire : _____

Comment avez-vous entendu parler de Karmel Pilates? _____

(Tous informations fournis est strictement confidentielle a votre entraineur)

Date de naissance : _____

Médecin de famille : _____

Téléphone : _____

Date du dernier bilan : _____

Contact d'urgence : _____

Travail / emploi _____

Activités présentes _____

Buts ou objectifs pour votre sante avec le Pilates _____

Je, _____ reconnais que l'information fournie à Karmel Pilates Inc. est véridique et complète. Je déclare par la présente participé volontairement à des classes de Pilates dispensées par Karmel Pilates. En participant volontairement à ces séances d'entraînement, j'en assume l'entière responsabilité et cette participation est à mes risques. J'accepte que toute photo prise durant les sessions de Pilates appartienne a Karmel Pilates et peuvent être utilisée en publicité. Je reconnais qu'il est fortement recommandé que je reçoive une approbation médicale avant d'entreprendre ce genre d'activité ou tout programme d'entraînement. Je reconnais avoir lu le présent document, en avoir compris la portée et en conséquence, j'exonère Karmel Pilates de toute responsabilité, réclamation, demandes, blessures, dommages, action ou suite d'actions ainsi que toute acte de négligence par commission ou omission de la part de Karmel Pilates de ses dirigeants, directeurs, instructeurs ou employées. En foi que j'ai signe ce _____ date : _____

www.karmelpilates.com

19H Centre Commercial, Roxboro, QC H8Y 2N9

T 514 676 1407

E. info@karmelpilates.com



KarMel Pilates

Votre passage au bien-être

Your path to well being

	OUI	NON
Problèmes cardiaques courant	___	___
Hypertension	___	___
Grossesse	___	___
Cholestérol élevé	___	___
Veines Variqueuses	___	___
Problèmes circulatoires	___	___
Médications / suppléments / vitamines	___	___
Veuillez les nommés _____		
Fumez-vous	___	___
Asthme?	___	___
Bronchite	___	___
Etourdissemnt/Evanouissemnt	___	___
Epilepsie	___	___
Migraines	___	___
Diabètes	___	___
Allergies	___	___
Thyroïde	___	___
Ostéoporose/ Arthrite	___	___
Restriction médicale	___	___
Autres problèmes _____		

www.karmelpilates.com

19H Centre Commercial, Roxboro, QC H8Y 2N9

T 514 676 1407

E. info@karmelpilates.com