

אישור רופא

תאריך: _____

פרטי רופא מאשר – שם מלא: _____
היות והשאלון הרפואי של המתאמן/ת הגב'/מר _____ ת.ז. _____ (להלן: "**המתאמן/ת**") העלה כי המתאמן/ת השיב בחיוב לאחד ו/או יותר לשאלות בשאלון הרפואי המצ"ב.

נודה לאישורך כי על אף ההצהרה הרפואית של המתאמן/ת אין כל מניעה מצד המתאמן/ת להשתתף בשיעורי הפילאטיס בסטודיו Summer Sand של חברת סאמר סנד בע"מ.

הריני לאשר כי לאחר בדיקה גופנית שערכתי למתאמן/ת ולאחר עיון בתיק הרפואי, הריני לאשר כי הנ"ל כשיר/ה מבחינה רפואית להתאמן בסטודיו.

חתימה וחותמת הרופא