

# Upisni List polaznika

Reiki Dojo Hrvatska

Ime i prezime polaznika \_\_\_\_\_

Datum rođenja \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_

Pošta i grad \_\_\_\_\_

Broj mobitela \_\_\_\_\_

OIB \_\_\_\_\_

E-mail adresa \_\_\_\_\_

Telefon kontakt u hitnoj situaciji: \_\_\_\_\_

## Zdrastveni podatci - zaokružite:

Krvi tlak :      NORMALAN              POVIŠEN              SNIŽEN

\_\_\_\_\_

Srčani bolesnik:              DA              NE

\_\_\_\_\_

Dijabetes:              NE              DA              Tip: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fizičke povrede / prijelomi / istegnuća - prošli i trenutačni

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ostala zdrastvena napomena \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Potpisom potvrđujem da sam u slučaju gore navedenih, sadašnjih i budućih, bolesti dobio/la dozvolu svog liječnika o mogućnosti sudjelovanja u apliciranim aktivnostima, ili u protivnom razumijem da bi trebao porazgovarati sa svojim liječnikom te dobiti njegovu dozvolu za svoju fizičku aktivnost.

Potpis klijenta: \_\_\_\_\_

## SUGLASNOST ZA MALOLJETNE ČLANOVE

\_\_\_\_\_ (ime roditelja/staratelja, OIB)  
za bavljenje svim aktivnostima koje su na raspolaganju u Reiki Dojo Hrvatska na vlastitu odgovornost za

\_\_\_\_\_ (ime osobe za koju se daje suglasnost, OIB).  
Svojim potpisom također potvrđujem da gore navedena maloljetna osoba nema nikakvih psihofizičkih poteškoća koje bi nju ili osobe oko nje mogle dovesti u opasnost za vrijeme bavljenja bilo kojom od aktivnosti koje su na raspolaganju kroz djelovanje u Reiki Dojo Hrvatska

Mjesto i datum : U \_\_\_\_\_ dana \_\_\_\_\_

Potpis roditelja/staratelja (za maloljetnu osobu) \_\_\_\_\_

## IZJAVA O ODGOVORNOSTI ZA NAVEDENOG ČLANA

Izjavljujem da sam fizički zdrav/a te da ne patim od bilo kakve bolesti, oštećenja, nemoći ili bolesti koja bi me mogla spriječiti da vježbam i koristim opremu, sprave, primim masažu ili reiki tretmane. Pristajem sudjelovati u programu i u odabranim vježbama te prihvaćam sav rizik povezan s time.

Oslobađam, sada i u budućnosti, predstavnike REIKI DOJO HRVATSKA i sve ostale sudionike od bilo kakvih tužbi, potraživanja, odgovornosti i zakonske odgovornosti od povreda ili štete nastale zbog mog sudjelovanja u ovim aktivnostima, fizičkog kontakta ili korištenja opreme i sprava.

Potvrđujem da sam u slučaju bolesti dobio/la dozvolu svog liječnika, ili u protivnom razumijem da bi trebao porazgovarati sa svojim liječnikom te dobiti njegovu dozvolu za fizičku aktivnost.

Ujedno potvrđujem da razumijem da ples, reiki i joga nisu zamjena za liječničku pomoć te preuzimam punu odgovornost za sve eventualne povrede koje bi mogle nastati nepažljivim vježbanjem. Suglasan sam da neću forsirati vježbanje u onim situacijama kada moje fizičko tijelo i zdravstveno stanje ne može odraditi određenu vježbu u prikazanom obliku.

Svojim potpisom prihvaćam uvjete djelovanja unutar Reiki Dojo Hrvatska te dozvoljavam korištenje osobnih podataka u skladu sa zakonom u svrhu vođenja evidencije aktivnih članova i ostvarivanja kontakta u svrhu obavještanja o našem radu i izmjenama.

Također, izjavljujem da sam upoznat/a sa svim pravima koja imam kao član udruge, ali i općim pravilima članstva te uvjetima vježbanja u udruzi.

Mjesto i datum: \_\_\_\_\_

Potpis klijenta: \_\_\_\_\_