**АНКЕТА КЛИЕНТА**

**ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ \_\_\_\_. \_\_\_\_. 2018 г.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | ФАМИЛИЯ |  |
| 2 | ИМЯ |  |
| 3 | ОТЧЕСТВО |  |
| 4 | ДАТА РОЖДЕНИЯ | \_\_\_. \_\_\_. \_\_\_\_\_ г. полных лет \_\_\_\_\_ |
| 5 | РОСТ |  |
| 6 | ВЕС |  |
| 7 | ДОКУМЕНТ УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ | □ паспорт №\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Код подразделения  □ иной документ  Указать наименование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  №\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 8 | ЦЕЛЬ ПОСЕЩЕНИЯ НАШЕГО ЦЕНТРА | □ КОРРЕКЦИЯ ФИГУРЫ  □ ОЗДОРОВЛЕНИЕ ОРГАНИЗМА  □ УКРЕПЛЕНИЕ/РАЗВИТИЕ МЫШЦ  □ РАЗВИТИЕ ГИБКОСТИ И ПОДВИЖНОСТИ  □ СНЯТИЕ НЕРВНОГО НАПРЯЖЕНИЯ  □ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОСЛЕ ТРАВМ  □ ЗНАКОМСТВО С НОВЫМИ ЛЮДЬМИ  □ ИНОЕ (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 9 | ОТКУДА ВЫ УЗНАЛИ О НАШЕМ ЦЕНТРЕ | □ ЛИСТОВКА  □ ОТ КОЛЛЕГИ ПО РАБОТЕ  □ ОТ ДРУГА  □ ИНТЕРНЕТ  □ ИНОЕ (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 10 | ВЫ | □ УЧАЩИЙСЯ  □ СТУДЕНТ  □ РАБОТАЮЩИЙ  □ ПЕНСИОНЕР |
| 11 | ВЫ ЖИВЕТЕ ИЛИ РАБОТАЕТЕ РЯДОМ С НАШИМ ЦЕНТРОМ | □ ЖИВУ  □ РАБОТАЮ  □ ЖИВУ/РАБОТАЮ в другом районе |
| 12 | УДОБНОЕ ДЛЯ ВАС ВРЕМЯ ЗАНЯТИЙ | □ УТРО, время с \_\_\_\_\_ до\_\_\_\_\_  □ ДЕНЬ, время с \_\_\_\_\_ до\_\_\_\_\_  □ ВЕЧЕР, время с \_\_\_\_\_ до\_\_\_\_\_ |
| 13 | КАКИЕ СЕМИНАРЫ ВЫ ПЛАНИРУЕТЕ ПОСЕЩАТЬ | □ ЙОГА / YOGA  □ КЛУБНАЯ ЛАТИНА / CLUB LATINA  □ АФРОБИТ / AFRO  □ ДЭНСХОЛЛ / DANCEHALL  □ ЭКЗОТИК-СТРИП ДЭНС / EXOTIC STRIP DANCE  □ МОДЕРН / MODERN  □ КОНТЕМПОРАРИ / CONTEMPORARY  □ ЕДИНОБОРСТВА  □ ПИЛАТЕС / PILATES  □ СТРЕТЧИНГ / STRETCHING  □ ТВЕРК / TWERK  □ НЬЮ БЭЛЕНС / NEW BALANCE  □ КАРДИО / СARDIO  □ КИЗОМБА / KIZOMBA  □ РЕГГЕТОН / RAGGAETON  □ BODY BALET  □ ИНОЕ (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 14 | КАКИЕ СЕМИНАРЫ ВАС БЫ ЗАИНТЕРЕСОВАЛИ | □ ТВОРЧЕСТВО  □ РУКОДЕЛИЕ  □ ШАХМАТЫ  □ АЮРВЕДА  □ ИНОСТРАННЫЙ ЯЗЫК  □ АКУСТИЧЕСКИЕ КОНЦЕРТЫ  □ БЭЙБИ КОНЦЕРТЫ  □ ИНОЕ (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 15 | ЧТО ДЛЯ ВАС ЯВЛЯЕТСЯ ВАЖНЫМ ПРИ ВЫБОРЕ ЦЕНТРА (КЛУБА, СТУДИИ) | □ УДОБНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ (близко к дому, работе)  □ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ТРЕНЕРСКОГО СОСТАВА  □ ДОСТУПНАЯ ЦЕНА  □ АТМОСФЕРА  □ ИНОЕ (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 16 | ХОТЕЛИ ЛИ БЫ ВЫ ПОЛУЧАТЬ ИНФОРМАЦИЮ ОБ АКЦИЯХ И СКИДКАХ В НАШЕМ ЦЕНТРЕ, ПЛАНИРУЕМЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ | □ ДА  □ НЕТ |
| 17 | СПОСОБ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ | □ SMS  □ ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА  □ ТЕЛЕФОННЫЙ ЗВОНОК |
| **СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ**  До начала посещения тренировок в центре рекомендуется проконсультироваться у своего лечащего врача, так как Вы несете персональную ответственность за свое здоровье.  Анкета оценки готовности к двигательной активности предназначена для того, чтобы Вы сами оценили свои возможности. В большинстве случаев регулярные физические упражнения оказывают благоприятное влияние на здоровье и заполнение анкеты для оценки готовности к двигательной активности представляет собой первый сознательный шаг, который необходимо предпринять, если Вы предполагаете увеличить объем двигательной активности в Вашей жизни.  Для большинства людей двигательная активность не связана с проблемами или опасностями, поэтому анкета предназначена для выявления небольшого количества взрослых людей, для которых двигательная активность может оказаться неблагоприятной или которым необходим медицинский совет при выборе наиболее подходящей формы этой активности.  При выборе ответов на вопросы анкеты руководствуйтесь здравым смыслом. Внимательно прочтите вопросы анкеты и отметьте наиболее подходящий ответ («Да» или «Нет») в строке против вопроса анкеты. | | |
| 18 | КУРИТЕ ЛИ ВЫ | □ ДА  □ НЕТ |
| 19 | БЫЛИ ЛИ У ВАС КОГДА-НИБУДЬ ИЛИ ИМЕЮТСЯ СЕЙЧАС | • ПРОБЛЕМЫ С СЕРДЦЕМ □ ДА □ НЕТ  • ПОВЫШЕННОЕ ДАВЛЕНИЕ □ ДА □ НЕТ  • НЕДАВНО ПЕРЕНЕСЕННАЯ ОПЕРАЦИЯ (ЗА ПОСЛЕДНИЕ 3 МЕСЯЦА) □ ДА □ НЕТ  • СЕРЬЕЗНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ ТРАВМЫ (ЗА ПОСЛЕДНИЕ 3 МЕСЯЦА) □ ДА □ НЕТ  • ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 3 МЕСЯЦА  □ ДА □ НЕТ |
| 20 | ПРИНИМАЕТЕ ЛИ ВЫ КАКОЕ-НИБУДЬ ЛЕКАРСТВО, КОТОРОЕ МОЖЕТ ОКАЗАТЬ ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ВАШЕ ЗДОРОВЬЕ ВО ВРЕМЯ ЗАНЯТИЙ? | □ ДА  □ НЕТ |
| 21 | ИСПЫТЫВАЛИ ЛИ ВЫ КОГДА-НИБУДЬ ОДИН ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ? | □ БОЛЬ ИЛИ ДИСКОМФОРТ В ОБЛАСТИ ГРУДИ  □ НЕПРИВЫЧНАЯ ОТДЫШКА  □ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ  □ ЗАТРУДНЕНИЕ ДЫХАНИЯ С БОЛЬЮ И БЕЗ  □ ЗАМЕТНО ВЫРАЖЕННАЯ ПУЛЬСАЦИЯ СЕРДЦА  □ ОПУХШИЕ ГОЛЕНОСТОПНЫЕ СУСТАВЫ |
| 22 | ЕСТЬ ЛИ У ВАС АЛЛЕРГИЯ | □ ДА (УКАЗАТЬ ЧТО МОЖЕТ СПРОВОЦИРОВАТЬ АЛЛЕРГИЧЕСКУЮ РЕАКЦИЮ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ НЕТ |
| 23 | СУЩЕСТВУЕТ ЛИ КАКАЯ-ЛИБО ПРИЧИНА СВЯЗАННАЯ С ФИЗИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ, НЕ УПОМЯНУТАЯ В АНКЕТЕ, ПО КОТОРОЙ ВЫ НЕ МОЖЕТЕ ПОСЕЩАТЬ ЗАНЯТИЯ, ДАЖЕ ЕСЛИ ХОТИТЕ ЭТО СДЕЛАТЬ | □ ДА  □ НЕТ |
| 24 | КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ДЛЯ СВЯЗИ В СЛУЧАЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ | ФАМИЛИЯ  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИМЯ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ОТЧЕСТВО  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Я даю согласие на обработку моих персональных данных, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 года № 152-ФЗ "О персональных данных" на условиях и для целей, определенных в Политике конфиденциальности персональных данных."

Я заявляю, что все сведения, приведенные мной при заполнении пунктов о состоянии здоровья, являются достоверными. Я признаю себя ответственным за упущения, которые возникли в результате моей неосведомленности о существующих у меня ранее или существующих сейчас заболеваниях, а также за возможные негативные последствия, связанные с моими занятиями в Центре развития «Вершина»

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/