

セミナー 問診表

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____

住所〒 _____

TEL _____ メールアドレス _____ インスタ名 _____

LINE 名 _____

バレエ歴 _____ 年 その他体操・ダンスなど 種目 _____ 経験年数 _____ 年

1. セミナーを受けたい理由について(自由記載)

2. 今までに故障や怪我がありましたか？

()はい

()いいえ

はいと回答された方はいつ、どこに症状があったか、またオペなどがあった場合も参考手度にご記入ください

いつ _____ どこに _____ オペ歴 _____

捻挫はしましたか？ はい ・ いいえ はいの方は場所や回数を書いてください

骨折はしましたか？ はい ・ いいえ はいの方は場所や回数を書いてください

その他何か気になる症状があれば回答をお願いします

※最後に感想をお書き頂きますので、セミナー終了まで各自で保管をお願いします。

~Consent Form~

A.T 式プログラムの身体改造は高橋晃子が 20 年の歳月と約 40,000 時間の研究の元、研究結果をプログラム化しクラシックバレエの基礎をいかに早く身に付けるかを発見し皆様に提供している新しい分野です。

体調に応じてできる範囲の自己責任でお願いいたします。

又皆様の過去の怪我なども参考のために書き込んでいただいておりますが、A.T 式プログラムは医療行為ではなく施術でもなく、あくまでバレエのレッスンをより良くする為の身体づくりを目的としています。

バレエライフをより良くする為に、そして私たちがお互い気持ちよくセミナーを開始し終了する為にスタッフ側ではカバーしきれない所として皆様に以下の損害賠償責任の免除にご協力とご了承をお願いいたします。

【損害賠償責任の免除】

RCBA はセミナー参加者及びその関係者が、RCBA の関連施設及びセミナー開催施設を利用する際に生じた人的、物質的損害、参加者間のトラブル、並びにセミナー参加者自らが管理・保管する所有物の盗難・紛失等について RCBA の責に帰すべき事由による場合を除き、一切の責任を負いません。

セミナー受講について上記の内容に同意します。

署名 _____

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

セミナーを受けて、感想を自由に書いてください（^^）