

## マタニティレッスン（ヨガ、ピラティス、ペルヴィス）受講について

マタニティレッスンを通じて、楽しいマタニティライフをお過ごしいただけることを願っています。安全で楽しいクラスにご参加いただくために、以下の内容を充分理解した上、ご参加ください。

1. マタニティレッスン参加に関し、専門医（担当医）の許可がでていること。  
※妊娠 14 週以上 36 週未満の、妊娠経過が順調な妊婦であること  
※診断書は不要ですが、各自が自分の体に責任を持って参加いただくことが前提です
2. 体調のすぐれない時は、参加をご遠慮ください。  
※万が一、レッスン中に体の異常を感じた場合、無理をせず担当講師に申し出てください
3. 事故を未然に防ぐよう最善の注意を払いレッスンを進めておりますが、万が一、怪我などのトラブルがあった際に、一切の責任をスタジオ及び、担当講師が負うことが出来ませんので、予めご了承ください。
4. クラス参加の際は、必ず保険証を毎回持参されるか、保険証のコピーをご持参ください。  
※もしもトラブルがあった際は、かかりつけの病院が遠方の場合には、近くの緊急病院にかかることをご了承ください
5. 個人情報、レッスンの変更やお店のお知らせなど、特定された利用目的以外の使用は一切ありませんのでご安心ください。



## マタニティレッスン参加同意書

私は、halひよりのレッスンを受講するにあたり、別記『マタニティレッスン（ヨガ、ピラティス、ペルヴィス）受講について』の内容を充分理解した上、以下に同意いたします。

1. 専門医（担当医）およびご家族の許可を得ています。
2. 体調のすぐれない時は、参加いたしません。
3. レッスン中、少しでも体調の変化に気づいた場合は、直ちにスタッフに申し出てレッスンを中止いたします。
4. 別記の内容に同意し、万一異常が起こりましても異議の申し立ては致しません。
5. レッスンを受講するにあたっての、一切の責任は私自身が負うものとします。
6. 体操などの運動と関係なく、一般的に約10～15%の流産率があることを理解しています。

平成 年 月 日

ご本人のご署名

ご住所：〒

ご連絡先：（自宅）

（携帯）

緊急連絡先：①お名前／

続柄／

連絡先／

②お名前／

続柄／

連絡先／

※出来ればお二人ご記入お願いいたします

出産予定日： 年 月 日 初産 / 経産 ( 人目)

通院施設名：

担当医師名：

ご連絡先：

ヨガやピラティスの経験： 未経験 / 1年以内に経験 / 1年以上前に経験

マタニティ・ペルヴィス®に期待することや注意しておきたい点：

（妊娠について、特に気を配っていることや、体調面で気になること、インストラクターに知っておいてほしいことなど、ご自由にお書きください）

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....