

Anmeldung Yoga moments

Name / Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefon: Mobile:

E-Mail:

Yoga Anfänger /-in

Yoga Wiedereinsteiger /-in

Fortgeschrittene

Operationen im vergangenen Jahr:

Unfälle im vergangenen Jahr:

Krankheiten (chronische):

Probleme mit dem Bewegungsapparat:

Wirbelsäulenprobleme:

Miome, Fibrome im Unterleib / Prostata:

Bluthochdruck: Ja Nein Augenhochdruck:

Schwangerschaft: Ja Nein wenn ja, welcher Monat:

Sind Sie in ärztlicher Behandlung Ja Nein wenn ja, weshalb:

Nehmen Sie Medikamente Ja Nein wenn ja, welche:

Können Sie aus ärztlicher Sicht ohne Risiko Yoga üben?

Mitteilungen / Bemerkungen:

Sie nehmen zur Kenntnis, dass Sie auf eigenes Risiko Yoga praktizieren. Es wird keine Haftung für Unfälle oder Verletzungen übernommen. Die Versicherung ist Sache der Kursteilnehmer/-in.

Datum: Unterschrift:

Ich danke Ihnen für Ihr Interesse und Ihre Anmeldung und freue mich auf Sie!

