Anmeldung

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Vorname |  |
| Adresse |   |
| Geburtsdatum |   |
| Email |   |
| Mobilnummer |   |

|  |  |
| --- | --- |
| Hiermit buche ich  |  folgendes Trainingsangebot: |
| Name des Kursangebotes |  Rückbildungsgymnastik |
| Beginn  | 13.06.24 |
| Dauer/Termine |  8 Termine á 75 Minuten |
| Uhrzeit |  09:00 – 10:15 Uhr |
| Veranstaltungsort |  Familienzentrum Glückskind, Freigericht |
| Gebühren |  100,00 € |

 Ich versichere: Meine Schwangerschaft verläuft komplikationslos und mein/e Arzt/Ärztin hat keinerlei Einwände bezüglich sportlicher Betätigung.

 Mein/e Arzt/Ärztin hat mir nach meiner Geburt kein Sportverbot verordnet.

Bitte entsprechendes ankreuzen. Sollten beide Antworten nicht passen, dann bitte Rücksprache mit mir.

Ort, Datum, Unterschrift