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