

Persönliche Daten

DEINE DATEN WERDEN VERTRAULICH BEHANDELT
UND NICHT AN DRITTE WEITERGEGEBEN!

Name Geburtstag

Straße Hausnr.

Ort PLZ

E-Mail Telefon

Hast Du schon einmal Yoga gemacht? Ja Nein

Wenn ja, welchen Stil und wie lange?

Wie bist Du auf uns aufmerksam geworden? Freunde/
Bekannte Social
Media Internet Sonstiges:

Hast Du Beschwerden, die Deine Yogapraxis beeinträchtigen könnten?

Herz-/Kreislaufkrankungen Nein

Bewegungsapparat Nein

Gelenkersatz Nein

Stoffwechselerkrankung Nein

chron. Erkrankung Nein

Krebserkrankung Nein

Psychische Erkrankung Nein

Schwangerschaft SSW

Sonstige Beschwerden Nein

AM YOGAUNTERRICHT NEHME ICH AUF EIGENE VERANTWORTUNG TEIL UND BESTÄTIGE, DASS
ICH ZUR TEILNAHME AN EINEM YOGAKURS GESUNDHEITLICH IN DER LAGE BIN. ICH INFORMIERE
MEINE(N) YOGALEHRER(IN) UMGEHEND, SOBALD SICH MEIN GESUNDHEITZUSTAND VERÄNDERT

Ich möchte über Änderungen, Angebote und zukünftige Veranstaltungen informiert werden. Ja Nein

.....
Datum

.....
Unterschrift