

NORDIC WALKING SCHULE SAARPFALZ

Anmeldung: Gesundheitskurs vom bis NWGS.....

Name.....

Strasse.....

PLZ Ort.....

Tel.....

Geburtsdatum.....Größe:.....Gewicht.....

Gesundheitsfragen:

	Ja	Nein
Sind Sie herzkrank?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie hohen Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waren Sie in den letzten 6 Monaten ernstlich krank	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind sie zur Zeit krank oder fühlen Sie sich unwohl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Diabetes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Rückenprobleme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie herzfrequenzsenkende Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hatten Sie in der Vergangenheit größere gesundheitliche Probleme?

Wenn ja, welche?.....

Wenn Sie eine der Fragen mit Ja beantworten, sollten Sie vor dem Kurs einen Arzt konsultieren.
Für Untrainierte und Teilnehmer ab 35 Jahren empfehlen wir, einen
Gesundheitscheck beim Arzt durchführen zu lassen.

Ich habe einen Gesundheitscheck beim Arzt durchgeführt. Ja Nein

Sportliche Aktivitäten:

Treiben Sie Sport? Ja Nein Welche Sportart(en) ?.....

Wie intensiv sind Ihre sportlichen Aktivitäten?

Locker und leicht flott und zügig hart und anstrengend

Wie lange dauern Ihre Aktivitäten im Durchschnitt? _____ Minuten.

Wie oft in der Woche trainieren Sie? ca.: _____ Mal

Teilnahmebedingungen

Für den Fall meiner Teilnahme an einem Nordic Walking Kurs erkenne ich den Haftungsausschluss des Veranstalters an. Ich werde keine Ansprüche gegen den Veranstalter oder Instruktor wegen Schäden und Verletzungen jeder Art geltend machen, die durch die Teilnahme am Kurs entstehen können.

Ich erkläre, dass ich für die Teilnahme körperlich gesund bin und mein Gesundheitszustand ärztlich bestätigt wurde. Ich bin damit einverstanden, dass die in meiner Anmeldung genannten Daten, die von mir gemachten Fotos und fotomechanischen Vervielfältigungen ohne Vergütungsanspruch meinerseits genutzt werden dürfen.(Hinweis lt Datenschutzgesetz: Ihr Daten werden elektronisch gespeichert; jedoch nicht an andere Personen weitergegeben).

Datum..... Unterschrift.....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben, (insbesondere der Gesundheitsfragen).