

Bitte senden Sie die ausgefüllten Kursunterlagen per E-Mail an:

ludwigshafener-lc@gmx.de
Alternativ auf dem Postweg:
Ludwigshafener Lauf-Club e.V.
Postfach 220144
67022 Ludwigshafen

Informationen: www.ludwigshafener-lc.de



**Ludwigshafener
Lauf-Club e.V.**

Anmeldebogen

Kursbezeichnung	Datum	Kosten	Anmeldung
Rookie-Triathlon-Projekt (12 Wochen)	ab 27.02.	150,00 €	<input type="checkbox"/>
Laufkurs für Frauen (8 Wochen)	ab 02.03.	55,00 €	<input type="checkbox"/>
Nordic-Walking-Kurs (8 Wochen)	ab 06.04.	55,00 €	<input type="checkbox"/>
Lauf dem Stress davon! (8 Wochen)	ab 03.09.	55,00 €	<input type="checkbox"/>

Persönliche Daten:

Vorname / Name:	
Straße:	
PLZ / Ort:	
Telefon privat:	
Telefon geschäftl. / mobil.:	
E-Mail:	
Geburtsdatum:	
Krankenkasse:	
Größe / Gewicht:	

Bitte überweisen Sie die Gebühr bis 7 Tage vor Kursbeginn mit Name, Vorname und Kursbezeichnung auf das folgende Konto:

Ludwigshafener Lauf-Club e.V.

Sparkasse Vorderpfalz

Kontonummer 193341757

IBAN DE92 5455 0010 0193 3417 57

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie die ausgefüllten Kursunterlagen per E-Mail an:
ludwigshafener-lc@gmx.de
Alternativ auf dem Postweg:
Ludwigshafener Lauf-Club e.V.
Postfach 220144
67022 Ludwigshafen

Informationen: www.ludwigshafener-lc.de



**Ludwigshafener
Lauf-Club e.V.**

Gesundheitsfragebogen

Name:

Beantworten Sie bitte die untenstehenden Fragen zu Ihrer eigenen Sicherheit.

	Ja	Nein
1. Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten „etwas am Herzen“ und Ihnen Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie Brustschmerzen bei körperlicher Belastung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie im letzten Monat Brustschmerzen gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben Sie schon ein- oder mehrmals das Bewusstsein verloren oder sind Sie ein- oder mehrmals wegen Schwindel gestürzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie Knochen- oder Gelenkprobleme, die sich unter körperlicher Belastung verschlechtern könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hat Ihnen Ihr Arzt jemals ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder für ein Herzproblem verschrieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ist Ihnen aufgrund persönlicher Erfahrung oder ärztlichen Rates, ein weiterer Grund bekannt, der Sie davon abhalten könnte, ohne medizinische Kontrolle Sport zu treiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sollten Sie eine oder mehrere Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, lassen Sie sich bitte von Ihrem Arzt vor der Aufnahme sportlicher Aktivitäten beraten.

Ich wurde darauf hingewiesen, mich vor Kursbeginn einem ärztlichen Gesundheitscheck zu unterziehen und meine Sportfähigkeit ärztlich überprüfen zu lassen. Bei gesundheitlichen Problemen während des Kurses ist sofort der Kursleiter zu informieren.

Ich versichere hiermit, alle Angaben vollständig und korrekt beantwortet zu haben und melde mich verbindlich zum Kurs _____ an.

Die Teilnahme am Kurs erfolgt auf eigene Gefahr und alleiniges Risiko des Teilnehmers. Für etwaige gesundheitliche oder materielle Schäden wird keine Haftung übernommen

Ort, Datum

Unterschrift