



LAKESIDE YOGA

ANMELDEFORMULAR

NAME

VORNAME

ADRESSE

EMAIL

TELEFON

VERLETZUNGEN / KRANKHEITEN

BEMERKUNGEN

- Hiermit erkläre ich, alle Angaben über meinen Gesundheitszustand korrekt aufgeführt zu haben. Für eine entsprechende Gesundheitsversicherung ist der/die Teilnehmerin selbst verantwortlich. Alle Angaben werden von Lakeside Yoga vertraulich behandelt.

Ort, Datum

Unterschrift