



Anmeldebogen

_____ Name	_____ Vorname
_____ Geburtsdatum	
_____ Straße	_____ Wohnort
_____ Tel. privat	_____ Tel. gesch.
_____ E-Mail	

Teilnahme an:

Lauftraining

Die Teilnahme am Lauf10! vom 2.Mai – 15.Juli 2011 ist kostenlos und unverbindlich.

Wenn Sie aber Mitglied beim veranstaltenden Vereine RSLC Holzkirchen und SportFit-Holzkirchen e.V. werden möchten, und dadurch die weiteren günstigen sportlichen Angebote wahrnehmen können, melden Sie sich bei uns. Wir geben auch Auskünfte über die Vorteile der Mitgliedschaft.

Durch welche Information sind Sie zum Lauf10! gekommen?

Bekannte Presse Internet Abendschau

Regeln des Lauftreffs:

- Wer die Anweisungen der Lauftreff-Betreuer nicht befolgt ...
- Wer die vom Lauftreff vorgegebene Laufstrecke verlässt ...
- Wer außerhalb der festgelegten Lauftreff-Termine läuft ...

... läuft auf eigene Verantwortung.

Haftungsausschluss:

Der RSLC-Holzkirchen und SportFit-Holzkirchen e.V. und deren Betreuer übernehmen keinerlei Haftung für Unfälle, Diebstahl und andere Schäden jeglicher Art.

Bei gesundheitlichen Risiken empfehlen wir die Kontaktierung ihres Hausarztes.

Die Teilnahme erfolgt auf eigenes Risiko.

Ort, Datum

Unterschrift



Fragebogen:

Abgabe dieses Fragebogens getrennt vom Anmeldebogen (ohne Namen)

Das Ausfüllen des gesundheitlichen Teils des Fragebogens ist Ihnen freigestellt.

Die Angaben ermöglichen uns aber das Training so zu gestalten, dass eine Überlastung vermieden wird.

Die Angaben dieses Fragebogens werden von uns vertraulich und anonym behandelt.

Haben sie vor der Teilnahme am Lauftreff mit Ihrem Hausarzt darüber gesprochen?

ja nein

Haben Sie vor Ihrer Lauftreff-Teilnahme ein Belastungs-EKG machen lassen?

ja nein

Treiben Sie Ausdauersport bzw. haben Sie welchen betrieben?

noch nie früher zur Zeit

Welchen Sport? _____

Sind Sie Raucher/in? ja nein

_____ ja nein
Gewicht kg ja nein
Körpergröße cm

Sonstiges: _____

Fragen zu Ihrer Gesundheit:

Leiden oder litten Sie an:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Epileptische Anfälle |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schwerwiegende orthopädische |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) | |

Nehmen Sie folgende Medikamente zu sich:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Zuckertabletten bzw. Insulin | <input type="checkbox"/> B-Blocker |
| <input type="checkbox"/> Asthmaspray | <input type="checkbox"/> Nitro-Präparate |
| <input type="checkbox"/> Antiepileptika | |

Sonstiges: _____