



laramandioni

bewegt lösend

ANMELDEFORMULAR

Wanderung		
Name		
Vorname		
Adresse, Nr.		
PLZ, Ort		
Mobiltelefon		
e-mail		
Geburtsdatum		
Notfallkontakt	Name	Tel.
Bemerkungen		

Teilnahmebedingungen – Bitte lese die vollständigen AGBs von Lara Mandioni bewegt lösend (Webseite)

- Adäquate physische und psychische Verfassung für die Aktivität (siehe auch Ausschreibung und Gesundheitsfragebogen).
- Aus Wetter- und Sicherheitsgründen kann es Programm-, Gebiets- oder Tourenänderungen geben, diese Änderungen werden dir rechtzeitig mitgeteilt.
- Nach Anmeldung, erhältst du eine Anmeldebestätigung, später die Rechnung
- Storno-Bedingungen:
Storno bis 31 Tage vor Aktivitätsbeginn: Kostenlos
Storno von 30 bis 21 Tage vor Aktivitätsbeginn: 50% des Gesamtpreises
Storno von 20 bis 11 Tage vor Aktivitätsbeginn: 80% des Gesamtpreises
Storno von 10 bis 0 Tage vor Aktivitätsbeginn: 100% des Gesamtpreises
- Der Versicherungsschutz ist deiner Sache, empfohlen wird eine Vertragsrücktrittsversicherung.
- Deine Adresse, Telefonnummer und e-mail wird an anderen Teilnehmenden für die Bildung von Fahrgemeinschaften weitergegeben. Bist du damit nicht einverstanden, lasse es mich schriftlich wissen.

Mit der Unterzeichnung dieses Anmeldeformulars ist die Anmeldung verbindlich und du erklärst dich mit den AGBs von Lara Mandioni bewegt lösend einverstanden.

Datum, Ort

Unterschrift

Gesundheitsfragebogen

vertraulich

Personalien

Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____
Telefon: _____ Mobile: _____
Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____

Gesundheitszustand

gemäss Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Sportmedizin

Ja **Nein**

Hat Ihnen ein Arzt gesagt, Sie hätten „etwas am Herzen“ und Ihnen Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Brustschmerzen bei körperlicher Belastung? (angina pectoris → Medikation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie schon das Bewusstsein verloren oder sind Sie wegen Schwindels gestürzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ein Knochen- oder Gelenkproblem, das sich unter körperlicher Aktivität verschlechtern könnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmässig Medikamente gegen Bluthochdruck, Herzprobleme, Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Atemwegsbeschwerden? (z.B. Asthma, Bronchitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Rückenprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten an Nahrungsmittel oder Gifte (Pflanzen, Insekten, Medikamente, usw. → EpiPen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen

.....
.....
.....

Datum: _____

Unterschrift: _____

Aufgrund des Datenschutzes werden diese Informationen von Lara Mandioni bewegt lösend ausschliesslich im Zusammenhang mit der aktuellen Tätigkeit verwendet. Sie werden nach dieser vernichtet.