

## Anmeldeformular

Für den Kurs oder Therapie: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Teilnehmer/Klienten:

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Gibt es Krankheiten, körperliche Einschränkungen, Allergien, die für die Teilnahme am Kurs/ der Therapie (Tanz, Bewegung, körperliche An- und Entspannungsphasen) relevant sind?

☐ Nein

☐ Ja

---

---

### Bei minderjährigen Teilnehmern/Klienten: Angaben zu den Eltern/Erziehungsberechtigten

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Hiermit wird bestätigt, dass die oben getätigten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Es wird den Rahmenbedingungen (PDF Rahmenbedingungen) des Veranstalters zugestimmt.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer/ Klient/ gesetzliche Vertreter

---

---

Anna Krause

Tel.: 0176 56615537

Insta.: ausdrucksstark\_tbt

Mail: mail@ausdrucksstark-bewegungstherapie.de

Bank: N26

IBAN: DE05 1001 1001 2496 8179 42

BIC: NTSBDE33XXX

Steuernummer: 208/241/02180