



Kurs / Workshop Anmeldung

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ / Ort

Tel:

Email:

Kontraindikationen sind in jedem Fall Erkrankungen aus dem psychotischen Formenkreis wie Schizophrenie, Wahnvorstellungen oder starke Angstzustände sowie Epilepsie, desweiteres bei Kindern Small-Airway Asthma, chronische Magen-Darm-Erkrankungen, Herz-Kreislaufferkrankungen oder akute Entzündungen!!

Sollte der eigene Gesundheitszustand oder der Ihres Kindes darüber hinaus Zweifel daran lassen, gefahrlos an einem Entspannungskursus teilnehmen zu können, wenden sich Teilnehmende im Vorfeld an ihren behandelnden Heilpraktiker, Arzt / Kinderarzt oder Psychotherapeuten / Psychiater.

Sollten Sie / oder Ihr Kind dieses im Vorfeld nicht tun findet eine Teilnahme eigenverantwortlich statt.

Ein Haftungsanspruch für gesundheitliche oder sonstige Schäden jedweder Art gegenüber den Veranstaltern und mir als Durchführende ist ausgeschlossen.

Die Kursgebühr ist mit der Kursanmeldung fällig und unabhängig von der Kassenleistung zu überweisen.

**Für die Kursteilnahme ist der Zahlungseingang der Kursgebühr Voraussetzung.
Eine Stornierung der Anmeldung muss bis spätestens 5 Tage vor Kursbeginn erfolgen.
Bei einer späteren Absage ist die vollständige Kursgebühr fällig.**

Durch Ihre Anmeldung betätigen Sie, dass Sie die volle Verantwortung für sich oder Ihre Kinder und Ihre Handlungen während des Kurses/Seminars, der Einzelsitzung sowie auf dem Hin- und Rückweg tragen. Für von Ihnen oder Ihren Kindern verursachte Schäden kommen Sie selbst auf.

Wird die Mindestteilnehmerzahl von 4 Teilnehmern nicht erreicht und ist die Kursleitung erkrankt, kann der Kurs bis 2 Tage vor Kursbeginn seitens des Kursanbieters, unter Rückzahlung der kompletten Kursgebühr abgesagt werden.

Weitere Ansprüche bestehen nicht. Die Anmeldung zu den obigen Teilnahmebedingungen ist in jedem Fall verbindlich, eine weitere Benachrichtigung bzw. Einladung erfolgt nicht.

Ja, ich habe die "allgemeinen Geschäftsbedingungen „gelesen und akzeptiere diese

Ich bin mit der Teilnahme am Entspannungstraining für mein Kind einverstanden

Datum / Ort: _____

**Unterschrift Teilnehmer /
Erziehungsberechtigter: _____**

**Raum für Entspannung
Petra Bollwig & Kathy Pandrick
Glockengasse 4
59457 Werl**

Bitte ausfüllen und an uns zurück!