



YOGA

BASIC

Hatha Yoga für Anfänger und Fortgeschrittene.
Der Kurs ist auf 11 Teilnehmer begrenzt.

29.9.2020 - 8.12.2020

Termin: 10 x dienstags, 19:30 Uhr - 20:45 Uhr

82 €

Die Kosten können bis zu 80 % von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden,
falls an 80% der Termine teilgenommen wurde.

Vereinsmitgliedschaft erforderlich.

Bitte Decke und eigene Yogamatte mitbringen!

Anmeldung unter turnen@sv-donaustauf.de

Der Kurs findet ab 7 Personen statt.

Wir freuen uns auf euch!

Sportverein Donauauf e.V., Regensburger Straße 30, 93093 Donauauf



ANMELDUNG

YOGA-BASIC

Dienstags von 19:30 Uhr - 20:45 Uhr

Ort: Mehrzweckgebäude SV-Donaustauf

Max. 11 Teilnehmer

Kursdauer: 10 Termine (29.9.2020 - 8.12.2020)

Vorname	
Nachname	
Straße	
PLZ	
Ort	
Telefon	
E-Mail	
IBAN	

Mitglied im Sportverein Donauaustauf e.V.

Anmeldung Sportverein falls Nichtmitglied

Ja

**10x Yoga-Basic, á 75 Min.,
Kursgebühr 82 €**

Ja

Monatsbeitrag 6 €

Der Vereinsbeitrag wird halbjährlich von Ihrem Bankkonto eingezogen (36€).

Der Kurs findet ab 7 Personen statt.

Bitte bezahlen Sie die gesamte Kursgebühr bei Kursbeginn.

Vereinsmitgliedschaft erforderlich!

Datum:

Unterschrift:

FRAGEBOGEN

SARS-CoV-2 RISIKO



Erhebung personenbezogener Daten

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	
Sportart/Abteilung	

Kontaktrisiko-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2	Ja	Nein
Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben:	<input type="checkbox"/> -----	<input type="checkbox"/>
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage außerhalb Ihres gemeldeten Heimortes? Wenn ja, bitte aufführen wann/wo:	<input type="checkbox"/> -----	<input type="checkbox"/>

Symptome-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! (bitte berücksichtigen Sie die letzten 14 Tage)	Ja	Nein
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyspnoe (Atemnot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- und/oder Riechstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhinitis (Schnupfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrhoe (Durchfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sollte eine der Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, darf eine Teilnahme erst nach ärztlicher Rücksprache wieder erfolgen.