



ANMELDEFORMULAR



Hiermit melde ich mich verbindlich für den folgenden Kurs an (bitte entsprechend ankreuzen):

Montagskurs im Tanzclub bravO - Humboldtstraße 13 - Spaichingen
Alle anderen Kurse via ZOOM online

..... **PRÄSENZ - KURS**
ENTSPANNUNGS- & YOGAKURS
Montagabend, 18.00h – 19.30h ab 02.02.2026 für 8 Einheiten à 90 Minuten
(Termine: 05.10., 12.10., 19.10., 02.11., 09.11., 16.11., 23.11., und 30.11.2026)
175 Euro

..... **ONLINE - KURS** (Stunden als Audiodatei erhältlich)
PROGRESSIVE MUSKELENTSPANNUNG -
Dienstagabend, 19.15h – 20.15h ab 03.02.2026 für 8 Einheiten à 60 Minuten
(Termine: 06.10., 13.10., 20.10., 03.11., 10.11., 17.11., 24.11., und 01.12.2026)
125 Euro

..... **ONLINE – KURS** (Stunden als Audiodatei erhältlich)
AUTOGENES TRAINING -
Donnerstagabend, 18.00h – 19.00h ab 05.02.2026 für 8 Einheiten à 60 Minuten
(Termine: 08.10., 15.10., 22.10., 05.11., 12.11., 19.11., 26.11., und 03.12.2026)
125 Euro

EINZEL- COACHING - YOGA – SCHMERZTHERAPIE (L&B)
inclusive WhatsApp/Mailbegleitung – pro Termin 4 Wochen im Anschluss)

..... Liebscher & Bracht Schmerzprophylaxe à 90 - 180 Min. **250 Euro**

..... Einzelcoaching bis 180 Minuten **180 Euro**
ONLINE & in PRÄSENZ möglich



ANMELDEFORMULAR



BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN

Vor- und Zuname:.....

Straße: PLZ Ort

Telefon:E-Mail

Geburtsdatum (für Krankenkasse)

Bescheinigung für Krankenkasse nach Kursende erwünscht: Ja Nein.....

Ich habe folgende körperliche Beschwerden:

.....

Die Kursgebühr kann nach der Anmeldung direkt überwiesen werden (Daten s.u.). Danke!
Die Kurskosten werden von manchen Krankenkassen teilweise nach Beendigung des
Kurses erstattet, dies kann aber nicht garantiert werden!
Bitte oben ankreuzen, falls eine Bescheinigung erwünscht wird.

Die Teilnahme an den Kursen erfolgt auf eigenes Risiko und in Eigenverantwortung. Jegliche
Haftung für Schäden und Verletzungen an Personen oder Sachen ist ausgeschlossen.
Die Kurse ersetzen keine Behandlung oder Betreuung durch einen Arzt, Psychologen,
Heilpraktiker o.Ä. und sind keine medizinische Behandlung!
Die Anmeldung ist verbindlich.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis mit den oben genannten
Anmeldebedingungen.

Datum, Ort Unterschrift.....

Kontodaten für Überweisung:

Bank: Postbank
Kontoinhaber: Christine Diehl
IBAN: DE39 6001 0070 0849 3227 06
BIC: PBNKDEFF