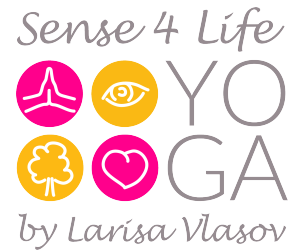




# Kursanmeldung Okt.-Dez. 2024

## Präventionskurs – Krankenkassen Zertifikat



### Ich buche folgenden Kurs

- Di 15:00 Level 1
- Do 16:45 Level 2-3
- Do 18:30 Level 2-3



**Level 1** : Grundlagen und Atembeobachtung  
**Level 2** : Kraftvolle Aufbauarbeit und Regeneration  
**Level 3** : Körperlich intensive Asanas, Kopf- und Schulterstand

**Kontakt & Anmeldung:** Larisa Vlasov 0177 89 322 43 [larisa@sense4life.de](mailto:larisa@sense4life.de)

**Preise:** Bei Buchung von 2 aufeinanderfolgenden Kursen gibt es eine 20-minütige Aroma Touch Massage mit ätherischen Ölen gratis dazu!

- Yoga - Herbstkurse: Start 29. Okt. 168 €  
Du wählst 8 Termine im Kurszeitraum ab 29. Okt.
- Yoga-Flatrate: Start 29. Okt. 250 €  
Du wählst beliebig viele Termine im Kurszeitraum Okt. bis Dez.

Probestunde erstmalig im Kurs 20 €

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich auf eigene Verantwortung am Unterricht teilnehme und folgende Teilnahmebedingungen anerkenne.

Die Kursgebühren  zahle ich am 1. Kurstag bar  
 überweise ich bis zum 1. Kurstag

**Bankverbindung:** Larisa Vlasov, Finom-Bank, IBAN - DE72 1001 8000 0864 6072 83

Ich möchte gerne zukünftig kostenlos den Sense4life Newsletter erhalten  
(Widerruf im Newsletter oder persönlich jederzeit möglich)

**Teilnahmebedingungen für den Kurs:** Bei einer Anmeldung zu einem gesamten Kurs am Block können versäumte Stunden innerhalb des Kurszeitraums in anderen Kursen, sofern Platz vorhanden, nachgeholt, jedoch nicht durch Abzug von Gebühren beglichen werden.

Bei Krankheit, Fortbildung usw. der Lehrerin, wird der Kurs vertreten. Für Unfälle und Diebstähle in den Räumen wird keine Haftung übernommen.

Dem/der SchülerIn ist bekannt, dass die Teilnahme an den Kursen auf eigene Verantwortung erfolgt. Bei unklaren Beschwerden bitte vorher ärztlich klären, ob Hatha-Yoga geübt werden kann. Indikationen für die Abklärung durch einen Arzt sind u.a. Zustand nach Herzinfarkt, Schlaganfall, koronare Herzkrankheit, Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck, Diabetes, Zustand nach akutem oder post- operativem Bandscheibenvorfall.

**Name:**

**Adresse:**

**Telefon:**  **E-Mail:**

**Ort/Datum:**  **Unterschrift:**

