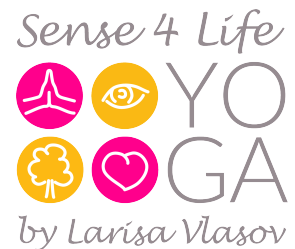




# Kursanmeldung Jan.-Mär. 2024

## Präventionskurs – Krankenkassen Zertifikat



### Ich buche folgenden Kurs

- Di 15:00 Level 1-2
- Do 16:45 Level 1-2
- Do 18:30 Level 2
- Do 20:15 Level 2-3 (online)



**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 - Winterkurse: Start 9. Januar 250 €  
 Du wählst 12 Termine im Kurszeitraum 9. Januar bis 28. März

6er Karte (12 Wochen gültig)	150 €
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, .comdirect, IBAN - DE33 2004 1144 0640 2960 00

- 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:**

