

Anmeldung zum **KLETT^hERAPIE** – Kurs - Nr.*: _____

Kurs in*: Frankfurt ☐ Kelkheim ☐ Zeitraum*: _____

Name*: _____ Vorname*: _____

geboren am*: _____

DAV-Mitglied*: ja ☐ nein ☐ DAV-Mitgliedsnr.*: _____

bei Kindern und Jugendlichen bis 17 Jahre zusätzlich:

Gesetzlicher Vertreter*: _____

Strasse*: _____

PLZ + Ort*: _____

Telefon privat*: _____ Telefon tagsüber*: _____

Mobil: _____

e-Mail: _____

* = Pflichtfelder

Gibt es eine medizinische Diagnose, von der wir vor Kursbeginn Kenntnis haben müssen?
(z.B. Epilepsie, Herz-Kreislauf-System, Diabetes o.ä.)

Die Anmeldung bitte an die in der Ausschreibung genannte Adresse schicken.

Die Kursgebühr bitte erst nach Erhalt der Anmeldebestätigung überweisen.

Die entsprechende Kontoverbindung wird Ihnen auf dieser Bestätigung mitgeteilt.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Teilnahmebedingungen der KLETT^hERAPIE an.

KLETT^hERAPIE der Sektion Frankfurt am Main des Deutschen Alpenvereins (DAV) e.V.
im DAV Kletterzentrum Frankfurt a.M. und im Sportpark Kelkheim. Die Belastungen des Trainings können ein erhöhtes gesundheitliches Risiko bedeuten. Als teilnehmende Person oder als Erziehungsberechtigte:r versichere ich, dass aktuell keine gesundheitlichen Bedenken gegen eine Teilnahme an der KLETT^hERAPIE vorliegen. Mir ist bekannt, dass ich bei Zweifeln darüber die Teilnahmefähigkeit von einem Arzt bestätigen lassen muss.

Datum: _____ Unterschrift : _____

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters : _____