

Antrag auf Mitgliedschaft im Gerätetrainingszentrum



Familienname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Email: _____

ich bin bereits Mitglied im TV Jahn Wolfsburg

ich werde Mitglied im TV Jahn Wolfsburg, die Vereinsanmeldung füge ich bei

Die Nutzung des Gerätetrainingszentrums steht allen Mitgliedern offen, die in einer Abteilung des TV Jahn aktiv gemeldet sind. Die Kündigung der Mitgliedschaft im Gerätetrainingszentrum kann jeweils zum nächsten Quartal erfolgen.

Die Nutzung des Trainingszentrums ist grundsätzlich ab einem Alter von 14 Jahren möglich.

Der monatliche Sonderbeitrag für die Nutzung des Gerätetrainingszentrums beträgt für

Erwachsene 18,00 Euro
Ermäßigt mit Nachweis(Jugendliche, Schüler, Auszubildende, Studenten, FSJ) 14,00 Euro

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Anmeldung. Der fällige Sonderbeitrag wird quartalsweise im Voraus zusammen mit dem Vereinsbeitrag im SEPA-Lastschriftverfahren von meinem Konto eingezogen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die personenbezogenen Daten zu meiner Person durch den TV Jahn Wolfsburg gespeichert und ausschließlich für Sport- und Geschäftsbetrieb genutzt werden.

Wolfsburg, den _____

Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

TV Jahn Wolfsburg
Klieverhagen 26 a
38440 Wolfsburg

Tel.: 05361-12656
Fax: 05361-291057
Mail: tv-jahn@wolfsburg.de
www.tvjahn-wolfsburg.de

ANAMNESE



Name: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

ANAMNESE

Haben Sie Herz-Kreislauf-Probleme (Bluthochdruck etc.)? nein ja
Welche: _____

Haben Sie Herzerkrankungen (Herzinfarkt etc.)? nein ja
Welche: _____

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? nein ja
Grund: _____

Gibt es ärztliche Bedenken oder Einschränkungen bei einer sportlichen Aktivität? nein ja
Welche: _____

Nehmen Sie Medikamente? nein ja
Welche: _____

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Arteriosklerose	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Diabetes	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Erhöhte Cholesterinwerte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Asthma	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Migräneanfälle	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Osteoporose	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sonstige: _____	

Haben Sie Allergien? nein ja
Welche: _____

Liegt eine Schwangerschaft vor? nein ja
Hatten Sie in den letzten 2 Wochen eine fieberige Erkältung? nein ja
Sind Sie körperliche Anstrengung gewöhnt? nein ja

Fragen zu orthopädischen und internistischen Beschwerden

Orthopädische:

Internistische:

PERSÖNLICHE ANGABEN

Bemerkungen zum Beruf

Ihre berufliche Tätigkeit ist vorwiegend sitzend stehend viel Bewegung
 wenig Bewegung stressig
Ihre durchschnittliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden
Sonstiges: _____

Freizeitbeschäftigungen / Sport:

Haben Sie bereits Erfahrung mit Fitnessstraining? nein ja

Sind Sie momentan sportlich aktiv? Wenn ja, wie? nein ja
Wie: _____

Wie viel Zeit steht Ihnen für Ihr Fitnessstraining wöchentlich zur Verfügung? _____ Einheiten à _____ h

Trainingsziele

Alle Daten unterliegen dem Datenschutz und werden von uns vertraulich behandelt.
Diese Angaben dienen zur optimalen Steuerung Ihres Trainingsprogramms!
Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben gemachten Angaben.
Es bestehen meines Erachtens keine gesundheitlichen Bedenken hinsichtlich eines Fitnessstrainings.

Datum, Unterschrift Mitglied