

Funakoshi Kampfkünste Swiss

Krav Maga Center: Tannackerstrasse 7, CH-3302 Moosseedorf
Sensei Angelo Friello 6.Dan SSKF/WSKF/SKF und J&S Leiter
Mühlebachweg 16, CH-3053 Münchenbuchsee
Infos: Tel: 079/ 356 52 28 / E-Mail: info@funakoshi.ch / www.funakoshi.ch



Women Self Defence
Selbstverteidigung für Frauen ©

Anmeldung für den Selbstverteidigungskurs

Name: _____	Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____	PLZ/Ort: _____
AHV-Nr.: _____	Nationalität: _____
E-Mail: _____	Tel: _____

Informationen

- Jeder Teilnehmerin erkennt die Kursbedingungen an
- Die Selbstverteidigungskurse finden mit mindestens 5 Teilnehmerin statt
- Die Selbstverteidigungskurse finden in sechs Lektionen statt, wobei jede Lektion eine Stunde dauert
- Die Gesamtkosten des Kurses betragen CHF 90.00
- Die Kurse werden in T-Shirts, Trainingsanzügen und Turnschuhen abgehalten, aufreizende Kleidung ist streng verboten.
- Jede Teilnehmerin muss mitteilen, wenn er/sie aus körperlichen Gründen bestimmte Bewegungen nicht ausführen kann
- Jede Teilnehmerin muss sich bei Abwesenheit vom Unterricht abmelden
- Wurde ein Teilnehmer Opfer von Gewalt oder versuchter Gewalt durch Überfall usw., muss Sie dies dem Kursleiter melden.
- Jede Teilnehmerin muss einen Fragebogen ausfüllen, die Daten sind vertraulich

Fragebogen

Beantworten Sie den Fragebogen, alle Daten sind vertraulich und werden nicht weitergegeben

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Haben Sie bereits einen Selbstverteidigungskurs besucht?
Wenn ja, in welchem Jahr: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Haben Sie Gewalt oder Gewaltversuche erlebt? (sexuell oder häuslich)
Wenn ja, informieren Sie bitte den Kursleiter: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Haben Sie physische/gesundheitliche Probleme?
Falls ja, geben Sie bitte das betreffende Körperteil an: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Haben Sie psychische Probleme?
Wenn ja, führen Sie bitte die Erkrankungen auf: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Leidet sie an einer Phobie bezüglich Berührungen?
Wenn ja, informieren Sie bitte den Kursleiter: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Haben Sie rechtliche Probleme? (wegen Verletzung anderer, Schulden)
Wenn ja, stellen Sie ein Strafauszug aus: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Ich habe den Fragebogen wahrheitsgemäß beantwortet und akzeptiere die Bedingungen des Kurses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ort _____ Datum _____ Unterschrift des Teilnehmerin _____

Ort _____ Datum _____ Unterschrift des Kursleiter _____