

## PILATES ACADEMY WORKSHOP

Vorname, Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Telefon und Mobil \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

Hiermit melde ich mich verbindlich für folgende Workshops bei der Pilates Academy an:

Workshop Name / Termin \_\_\_\_\_

Workshop Name / Termin \_\_\_\_\_

Workshop Name / Termin \_\_\_\_\_

Workshop Name / Termin \_\_\_\_\_

Workshop Name / Termin \_\_\_\_\_

### Kosten

- € 99,- zuzüglich 19% Mehrwertsteuer Pilates Workshops
- € 149,- zuzüglich 19% Mehrwertsteuer Pilates Sling Training Workshop
- € 109,- zuzüglich 19% Mehrwertsteuer Barre Pilates Workshop

### AGB - Verhinderung und Rücktritt

1. Bei Rücktritt bis 4 Wochen vor Workshopbeginn ist eine Gebühr i.H.v. von € 20,- zzgl. 19% MwSt zu zahlen, bis 14 Tage vor Beginn i.H.v. 50% zzgl. 19% MwSt der gesamten Kursgebühren. Danach ist kein Rücktritt mehr möglich. Der Teilnehmer kann aber einen geeigneten Ersatzteilnehmer benennen, der für ihn an dem Workshop teilnimmt.
2. Der Kurs kann kurzfristig, insbesondere bei Erkrankung der Workshopleiterin verschoben werden.

Die verbindliche Anmeldung unterschrieben bitte per pdf, Fax 089-12192205 oder Post an:  
Pilates Academy - Sandra Dobuschinsky, Seitnerstr. 49, 82049 Pullach i. Isartal

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## FRAGEBOGEN PILATES ACADEMY WORKSHOP

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie folgende Fragen ausführlich ( 1. – 3. mit Datumsangaben)

1. Absolvierte Ausbildungen im Sport-/Gesundheitsbereich

(im Bereich Fitness, Gymnastik, Tanz, Pilates, Medizin, Therapie: Wo, wann)

2. Unterrichtserfahrung

(Im Bereich Fitness, Gesundheit, Tanz, Pilates: Wo, wann)

3. Erfahrungen im Pilates Training

(Teilnahme an Pilates Stunden: Wo, wann)

4. Gesundheitliche Einschränkungen

(Gibt es gesundheitliche Probleme, die den Workshop beeinträchtigen könnten? Liegt eine Schwangerschaft vor?)

5. Was erwarten Sie sich von dem Workshop bei der Pilates Academy?

Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben, insbesondere zu meinen gesundheitlichen Einschränkungen, vollständig und richtig sind.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_