Probetraining

Verein: **Laufteam Fürth 2010 e.V.**

Anrede: ☐ Frau ☐ Herr

Name: _____ Vorname: _____

geboren am: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

Ich möchte probeweise mittrainieren beim:

☐ **Laufen** ☐ **Walking/ Nordic Walking** ☐ **Radfahren** ☐ **Schwimmen**

Laufen
(Schnitt ungefähr _____ min/km) ☐ noch nie ☐ 30 Min. ☐ 60 Min. ☐ 120 Min.oder länger

Radfahren in einer Gruppe
(Schnitt ca. ____ km/h) ☐ noch nie ☐ 1 Std. ☐ 2-3 Std. ☐ länger als 3 Std.

Schwimmen ☐ Brust ☐ Kraul ☐ Rücken ☐ Delfin

☐ noch nie ☐ 10 Min. ☐ 30-60 Min. ☐ länger

Ich sollte mit meinem Hausarzt oder Facharzt vor dem Probetraining sprechen, falls bei mir akute oder chronische Erkrankungen bekannt sind oder vermutet werden (z.B. Diabetes, Asthma, Bluthochdruck, Herzkrankheiten, Allergien, chron. Bronchitis, epileptische Anfälle, schwerwiegende orthopädische Erkrankungen, Krebserkrankungen, Chemotherapie).

Das Gleiche gilt für den Fall der Einnahme bestimmter Medikamente (z.B. Zuckertabletten, bzw. Insulin, Asthmaspray, Antiepileptika, Betablocker, Nitro-Präparate, Marcumar).

Ist dies der Fall, möchten wir (die Trainer), davon in Kenntnis gesetzt werden, um evtl. Alternativen (Herzsport-, Lungensportgruppen, usw.) anbieten zu können. Diese Angaben ermöglichen es uns, das Training so zu gestalten, dass eine Überlastung vermieden werden kann. Die Angaben werden von uns selbstverständlich vertraulich behandelt. Die Trainer können ohne ausreichende Informationen keine Verantwortung übernehmen.

Haftungsansprüche jeglicher Art können ebenso nicht geltend gemacht werden.

Trainingsregeln:
1. Wer die Anweisungen der Trainer nicht befolgt, ...
2. Wer die vorgegebene Trainingsstrecke verlässt, ...
3. Wer selbständig die vorgegebene Trainingszeit verlängert, ...
4. Wer außerhalb der festgelegten Trainingszeiten läuft, schwimmt oder Rad fährt, ...

trainiert auf eigene Verantwortung!

Datum _____ Unterschrift _____