

Um sicher zustellen, dass Bodyflying in unserem Windkanal für Sie ein unvergessliches Sport-AIRlebnis wird, bitten wir Sie die nachfolgenden Teilnahmebedingungen auszufüllen und zu unterzeichnen:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Flugtag und Uhrzeit

	JA	NEIN
Ich wiege mehr als 120 kg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Probleme mit:		
den Schultern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den Gelenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
meinem Rücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
meiner Bandscheibe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, welche:		
Meine Schulter war schon einmal ausgerenkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine Herz-Kreislauf-Erkrankung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, welche:		
Ich habe einen Herzschrittmacher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte einen Schlaganfall.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Alkohol oder Drogen konsumiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine akute Verletzung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, welche:		
Ich bin akut krank.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, welche Krankheit(en):		
Ich bin jünger als vier Jahre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin schwanger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige körperliche Beschwerden, die Indoor Skydiving Bottrop oder Viernheim vor der Durchführung des AIRlebnisses kennen sollte:

---

Ich bin mir bewusst, dass es sich bei den von der Indoor Skydiving Bottrop GmbH und Indoor Skydiving Viernheim GmbH angebotenen AIRlebnissen um Erlebnissportevents handelt und, dass meine Teilnahme an dem gebuchten AIRlebnis das Risiko von Verletzungen birgt.

Ich will fliegen und nehme an dem gebuchten AIRlebnis auf eigene Gefahr teil.

---

Datum/Unterschrift