

Das ausgefüllte Formular dem Kursanbieter übergeben *Modulo compilato da consegnare al fornitore del corso*

DATUM/DATA: _____

NACHNAME-NAME _____
COGNOME-NOME

GEBURTSDATUM _____
DATA DI NASCITA

TELEFONNUMMER _____
RECAPITO TELEFONICO

ZUWEISENDE FACHKRAFT _____
PROFESSIONISTA INVIANTE

BEZIRK/COMPRESORIO: Bozen/Bolzano Meran/Merano Brixen/Bressanone Bruneck/Brunico

WICHTIGE INFORMATIONEN - INFORMAZIONI UTILI

PROBLEMSTELLUNG _____
ESPOSIZIONE DEL PROBLEMA

INTENSITÄT _____
INTENSITÀ MITTEL-MEDIA LEICHT-LEGGERA

SCHWERPUNKT _____
AMBITO RÜCKENGYMNASTIK MUSKEL- SKELETTSYSTEM
GINNASTICA PER LA SCHIENA SISTEMA MUSCOLOSCHIELETTRICO
 FIBROMYALGIE
FIBROMIALGIA

FEEDBACK: DATUM/DATA: _____

ERFOLGTE TEILNAHME _____
PARTECIPAZIONE AVVENUTA JA NEIN
SÌ NO

FREQUENZ _____
FREQUENZA 8-10 5-7 <5

ANBIETER _____
FORNITORE

NAME DES KURSANGEBOTES: _____
NOME DEL CORSO:

ANMERKUNGEN: _____
NOTE: