

Asgard Sport Academy GmbH
Wehntalerstrasse 123
8057 Zürich
Tel: +41 79 515 15 19 Telegram and WhatsApp
Email: asgardsportacademy@gmail.com



Application for membership / Antrag auf Mitgliedschaft

Member/Mitglied

Name/ Name:

First Name / Vorname:

Birth date / Geburtsdatum:

Legal representative / Gesetzlicher Vertreter (for minors / (für Minderjährige):

Street / Straße:

Postal, City / PLZ, Ort:

Phone / Telefon:

Email:

Course / Kurs:

Course Start / Kursbeginn:

Duration of contract / Vertragsdauer:

Starting date of the contract / Vertragsbeginn:

With my signature, I confirm that I have read and agreed with the Terms and Conditions of the Membership (TCS) of Asgard Sport Academy GmbH.

Place / Date: _____ Signature: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Mitgliedschaft (AGB) der Asgard Sport Academy GmbH gelesen und akzeptiert habe.

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____

Asgard Sport Academy GmbH
 Wehntalerstrasse 123
 8057 Zürich
 Tel: +41 79 515 15 19 Telegram and WhatsApp
 Email: asgardsportacademy@gmail.com



Member's information - Health questionnaire

Please read the questions carefully and answer each one honestly: check YES or NO.

Informationen des Mitglieds - Gesundheitsfragebogen

Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch und beantworten Sie jede Frage ehrlich: Kreuzen Sie JA oder NEIN an.

	Yes	No
Has your doctor ever said that you have a heart condition and that you should only do physical activity recommended by a doctor? Hat Ihr Arzt jemals festgestellt, dass Sie eine Herzkrankheit haben und körperliche Aktivitäten nur auf ärztlichen Rat hin ausführen sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you feel pain in your chest when you do physical activity? Verspüren Sie Schmerzen in der Brust, wenn Sie körperliche Aktivitäten ausführen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In the past month, have you had chest pain when you were not doing physical activity? Hatten Sie in den letzten Monaten Brustschmerzen, wenn Sie keine körperliche Aktivität ausgeübt haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you lose balance because of dizziness, or do you ever lose consciousness? Verlieren Sie aufgrund von Schwindel das Gleichgewicht oder sind Sie jemals bewusstlos geworden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you have bone or joint problem (for example, back, knee, or hip) that could be worsen by a change in your physical activity? Haben Sie Probleme mit Knochen oder Gelenken (z. B. Rücken, Knie oder Hüfte), die sich durch eine Veränderung Ihrer körperlichen Aktivität verschlechtern könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is your doctor currently prescribing drugs for your blood pressure or heart condition? Verschreibt Ihr Arzt derzeit Medikamente für Ihren Blutdruck oder Ihre Herzkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you know of any other reason why you should not do physical activity? Ich habe diesen Fragebogen gelesen, verstanden und selbstständig ausgefüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I have read, understood, and completed this questionnaire by myself.

Place / Date: _____ **Signature:** _____

Ich habe diesen Fragebogen gelesen, verstanden und selbstständig ausgefüllt.

Ort / Datum: _____ **Unterschrift:** _____