



Formular zur Registrierung für:

Vorname	Medizinische Informaionen	Ja	Nein
Nachname	wenn ja		
Email-Adresse	frühere medizinische Probleme	Ja	Nein
Geschlecht	jetzige medizinische Probleme	Ja	Nein
Telefonnummer	welche Sprachen		
Handynummer	Notfall-Telefonnummer		
Adresse:	Rauchen	Ja	Nein
Straße	Letzter Arztbesuch		
Hausnummer	OPs	Ja	Nein
Postleitzahl	welches Jahr		
Ort	Diabetes	Ja	Nein
Nationalität	Herzprobleme	Ja	Nein
Geburtstag	Schlaganfall	Ja	Nein
Altersklasse	Schulter / Ellenbogen ausgekugelt	Ja	Nein
Gewichtsklasse			
Bestleistung	wann		
Qualifikationsstandard	siehe Tabelle		
IWF Funktion			

Ich bin damit einverstanden, dass "Masters Austria" meine Daten dafür verwendet mich bei der genannten Veranstaltung anzumelden.

speichern und senden an Masters Austria