

Screeningsformulier

Inleverdatum:

Naam:		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Geboortedatum:		
Adres:		
Telefoonnummer:		
Email-adres :		

1. Heeft u al een keer eerder deelgenomen aan Woudenberg beweegt?

nee ja: wanneer?

2. Heeft u ergens een fitness-abonnement op een sportschool lopen?

nee ja: waar?

3. Bent u onder behandeling van een arts/specialist of fysiotherapeut?

nee ja: bij wie en waarvoor?

Zijn er hierdoor dingen die u niet mag of kan?

4. Gaat u het komende jaar een medisch traject in (operatie o.i.d.)?

nee ja

5. Heeft u diabetes of hart- / vaatziekten?

nee ja: welke?

6. Wanneer kunt u komen sporten?

Maandag en donderdag van 17.00 - 18.00 uur (De Schans)

Dinsdag en vrijdag van 13.30 - 14.30 uur (Geerestein)

7. Schrijf hieronder uw motivatie om deel te nemen aan Woudenberg beweegt:

**LEVER DIT FORMULIER INGEVULD IN OP: HENSCHOTERLAAN 26
of ingevuld mailen naar dietist@gmail.com**