

Seminar: _____

Datum: _____

Seminarteilnehmer / Seminarteilnehmerin

Name:

Adresse:

Telefon:

Email:

Geburtsdatum:

Beruf:

Ledig/Verheiratet/Geschieden/Verwitwet

Kinder:

Meditationserfahrung:

seit wann meditierend und wie oft:

Welche Meditationsmethode(n):

Lehrer / Lehrerinnen:

Selbsterfahrung/Therapieerfahrung (auch eventuelle Aus- / Fort - Bildungen):

Ausbilder / Lehrer / innen:

seit wann und welche Methode(n):

Kommentar:

Ich nehme eigenverantwortlich an der Gruppe / dem Seminar teil, trage die volle Verantwortung für mich, mein Wohlergehen und die Dinge, die ich mitbringe. Ich erkläre, daß ich physisch und psychisch gesund bin und von ärztlicher Seite keine Bedenken an der Teilnahme bestehen.

Ort, Datum

Unterschrift