Caritasverband Kaufbeuren-Ostallgäu e.V.
Genoveva-Brenner-Weg 9
87616 Marktoberdorf
Tel. 0 83 42 / 96 19 20
Fax 0 83 42 / 96 19 49
E-Mail: daniela.stark@caritas-kf-oal.de

Fit im Winter mit "Reaktiv Fitness"

Ab November geht es wieder los mit unserem Reaktiv-Fitness-Training! Reaktiv-Fitness ist ein Ganzkörpertraining mit speziellen Hanteln, das Rückenbeschwerden vorbeugt und richtig Spaß macht!

Immer Mittwoch von 17.30 Uhr bis 18.30 Uhr



8 Termine:
25.11./2.12./9.12./16.12./2026
13.1./20.1./27.1./3.2.2027

Kosten: 98,- € (Bitte in der 1. Kursstunde bezahlen)
Kursort: Wohnheim der Lebenshilfe, Mühlsteig 31, Marktoberdorf.
Kursleitung: Birgit Stonawski, Diplom-Sportlehrerin (Univ.)

Alle Teilnehmer erhalten nach Abschluss eine Teilnahmebestätigung.
Die Kosten werden je nach Krankenkasse bis zu 100% **erstattet**. Wie hoch der Anteil der Kosten ist, den die jeweilige Krankenkasse erstattet, muss vorher bitte geklärt werden. Gerne helfen wir Ihnen dabei.

Nähere Informationen/Anmeldung: **bis 19. November 2026** bei Frau Daniela Stark von der Offenen Behindertenarbeit des Caritasverbandes unter der Telefonnummer 08342/9619-20, per E-Mail an daniela.stark@caritas-kf-oal.de oder Fax 08342/9619-49 **(oder direkt im aktuell laufenden Kurs bei Birgit Stonawski)**.

Bitte beachten Sie:
Die Anmeldung ist **verbindlich**! Nach Beginn des Kurses muss die Kursgebühr auch bei Nichterscheinen bezahlt werden. Mit der Anmeldung bestätigen Sie, dass Sie die Haftungsausschlussvereinbarung gelesen und zur Kenntnis genommen haben.

Caritasverband Kaufbeuren-Ostallgäu e.V.
Genoveva-Brenner-Weg 9
87616 Marktoberdorf
Tel. 0 83 42 / 96 19 20
Fax 0 83 42 / 96 19 49
E-Mail: daniela.stark@caritas-kf-oal.de

Anmeldung zum Kurs Reaktive Fitness-Gymnastik

(25.11.2026 bis 3.2.2027, Mittwoch 17.30 bis 18.30 Uhr)

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Kurs Reaktive Fitness-Gymnastik an. Die Haftungsausschlussvereinbarung habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen

Die Kursgebühr beträgt 98,- €.

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon	
Krankenkasse	

Ort, Datum Unterschrift