

Kursbeginn: _____

Kursdauer: 1 x 75 min.

Ich bringe _____ Kind/ Kinder mit!

Erziehungsberechtigter

Name, Vorname	Telefonnummer
Geburtsdatum	E-Mail
Straße / Hausnummer	Name des Kindes/ der Kinder/ Alter
PLZ / Ort	Errechneter Geburtstermin

Anmeldebedingungen:

Die Kosten für 1 x 75 min. betragen **20 Euro** pro Kind und sind bei Kursbeginn bei der Kursleiterin zu entrichten.
 Bitte beachten Sie, dass im Falle einer Abmeldung die Kursgebühr trotzdem zu entrichten ist.

Hiermit melde ich mein Kind/ Kinder verbindlich zum "Geschwisterkurs" in der Praxisgemeinschaft "Die HEBAMMENPRAXIS" zum oben genannten Kursbeginn an und erkläre mich mit den Anmeldebedingungen einverstanden. Eine Anmeldebestätigung gibt es für diesen Kurs nicht.

 Ort, Datum

 Unterschrift der Kursteilnehmerin

Hinweis:

Dieses Dokument ist ausschließlich gültig für: **Die HEBAMMENPRAXIS / Westenmauer 7/ 59227 Ahlen Tel.: 02382/7768399**

Es unterliegt dem Änderungsdienst und darf ohne Genehmigung durch den Inhaber „Die HEBAMMENPRAXIS“ nicht an Dritte/externe Stellen/Firmen weitergegeben werden. Sollte es sich bei dieser Ausgabe um eine Revision handeln, werden frühere Exemplare hiermit ungültig und sind vom Empfänger unaufgefordert zu vernichten.