

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 **15 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.