

	<b>Formular</b>  <b>„Anmeldung zum Geschwisterkurs“</b>	<b>HP-KPS-F06</b>  Ausgabe: 1 Seite 1 von 1
---	---	--

**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 **12 Euro** pro Kind und sind bei Kursbeginn bei der Kursleiterin zu entrichten.

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.

\_\_\_\_\_  
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.