

ANMELDEFORMULAR

■ Kinder-Rückenschule

Name _____ Vorname _____
Straße _____ PLZ / Ort _____
Geb.-Datum _____ Telefon _____
Krankenkasse _____

**Hiermit melde ich mein Kind (w/m) verbindlich zur Teilnahme am
Kinder-Rückenschulkurs an.**

Nr. _____ vom -- bis --

Die Kursdauer umfasst ____ Wochentage je ____ Minuten / oder ____ Wochentage je ____ Minuten.
Die Kosten betragen ____ EUR und werden von den Krankenkassen nach vorheriger Anfrage
bezuschusst.

Ort / Datum

Unterschrift

Buchenstraße 16b | 01097 Dresden
Telefon 0351 - 804 27 44

Bankverbindung:
Deutsche Bank Dresden
Kto. 606 819 100
BLZ 870 700 24