



Teilnehmer

Vorname: _____ Name: _____ Geb.-Datum: _____

Vorname: _____ Name: _____ Geb.-Datum: _____

Eltern

Vorname: _____ Name: _____ Telefon: _____

Straße: _____ PLZ: (_____) Wohnort: _____

Mailadresse: _____ Aufnahme im Mailverteiler: JA Nein

**Ausbildungsort: VAMED-KLINIK Edmundsthal - Geesthacht
(Schwimmhalle im Bereich der „Physikalischen Therapie“)**

Ausbildungstag: Sonntag

Ausbildungszeit: Nach Absprache

Ausbildungstunden: Nach Bedarf

Bitte meldet Euer Kind im Krankheitsfall per Mail oder telefonisch bis Freitag 13:00 Uhr ab, andernfalls wird die Stunde in Rechnung gestellt!

Zeit: Sonntag
10.00 - 11.00 Uhr
11.00 – 12.00 Uhr

Kursgebühren: Je Stunde 20,00 Euro; die Abrechnung erfolgt monatlich.

Besuchen Sie uns auch gerne im Internet! www.schwimmschule-delphin-geesthacht.de

(Ort. Datum) (Unterschrift der Eltern bzw. des gesetzl. Vertreters)