



## 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**

**Ausbildungsstunden: 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](http://www.schwimmschule-delphin-geesthacht.de)**

---

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