

---

## ANMELDUNG

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefonnummer

Email

Erziehungsberechtigte/r

Kinder-/Hausarzt

Falls Termine nicht wahrnehmen werden können, müssen diese umgehend, spätestens 24 Stunden vorher, telefonisch oder per Email abgesagt werden. Sollte dies nicht eingehalten werden, behalte ich mir das Recht vor eine Ausfallgebühr von 50% zu berechnen.

Ort, Datum

Unterschrift