

Wir benötigen folgende Informationen:



Für Kind

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtstag: \_\_\_\_\_

Gerhard Mügge  
Markomannenstraße 15  
45665 Recklinghausen

Gesetzlich vertreten durch :

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Notfall \_\_\_\_\_

Gruppenstärke	bis 3 Personen	0	Einzelunterricht	0
Unterrichtsdauer	30 Minuten	0	60 Minuten	0
	90 Minuten	0		

Leidet Ihr Kind an Krankheiten?  nein  ja: \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?  nein  ja: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Allergien?  nein  ja: \_\_\_\_\_

Sonstige wichtige Hinweise: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vielen Dank