

## Kontaktaufnahme Kindergesundheit: Spaß an Bewegung kann helfen



**Ich bin an einer Teilnahme am Präventionskurs interessiert.**

Anrede:

---

Name:

---

Vorname:

---

Geburtsdatum:

---

Krankenkasse:

---

Wohnhaft in (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):

---

---

Telefon:

---

E-Mail:

---

### Datenschutzerklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass diese Daten ausschließlich für die Kursteilnahme gespeichert werden und das SPZ und der Trainer Kontakt mit mir aufnehmen.

---

*Datum/Unterschrift*

Bitte dieses Formular am Tresen SPZ im Ambulanzbereich D2/E abgeben.