

Anmeldung zur Medizinischen Kinderakademie Ravensburg

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon: _____

Email: _____

Hiermit erlaube ich meinem Sohn/meiner Tochter, an der Veranstaltung der Medizinischen Kinderakademie am _____ in Ravensburg teilzunehmen.

Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass Film- und Fotoaufnahmen, die während dieser Veranstaltung gemacht werden, archiviert und zu Informationszwecken (Presse, Homepage etc.) für die Medizinische Kinderakademie verwendet werden dürfen.

Datum und Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Bitte geben Sie die Telefonnummer an, unter der Sie am Kinderakademietag erreichbar sind.
