

# MELDEBOGEN FÜR DAS SEMINAR „KNEIPP-GESUNDHEIT FÜR KINDER“



Seminar-Nr: \_\_\_\_\_ Veranstaltungsort: \_\_\_\_\_ Termin: \_\_\_\_\_

|    | ♀♂   | Teilnehmer: Vorname | Teilnehmer: Name | Privatanschrift | Telefon | E-Mail | Geburtsdatum |
|----|--|---------------------|------------------|-----------------|---------|--------|--------------|
| 1  | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> W<br><input type="checkbox"/> D |                     |                  |                 |         |        |              |
| 2  | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> W<br><input type="checkbox"/> D |                     |                  |                 |         |        |              |
| 3  | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> W<br><input type="checkbox"/> D |                     |                  |                 |         |        |              |
| 4  | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> W<br><input type="checkbox"/> D |                     |                  |                 |         |        |              |
| 5  | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> W<br><input type="checkbox"/> D |                     |                  |                 |         |        |              |
| 6  | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> W<br><input type="checkbox"/> D |                     |                  |                 |         |        |              |
| 7  | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> W<br><input type="checkbox"/> D |                     |                  |                 |         |        |              |
| 8  | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> W<br><input type="checkbox"/> D |                     |                  |                 |         |        |              |
| 9  | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> W<br><input type="checkbox"/> D |                     |                  |                 |         |        |              |
| 10 | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> W<br><input type="checkbox"/> D |                     |                  |                 |         |        |              |

Kontaktdaten der Kita/Schule:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Rechnungsadresse:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ist die Kita/Schule vom Kneipp-Bund e.V. zertifiziert?  
 Ja       Nein

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift

# MELDEBOGEN FÜR DAS SEMINAR „KNEIPP-GESUNDHEIT FÜR KINDER“



Seminar-Nr: \_\_\_\_\_ Veranstaltungsort: \_\_\_\_\_ Termin: \_\_\_\_\_

|    | ♀♂   | Teilnehmer: Vorname | Teilnehmer: Name | Privatanschrift | Telefon | E-Mail | Geburtsdatum |
|----|--|---------------------|------------------|-----------------|---------|--------|--------------|
| 11 | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> W<br><input type="checkbox"/> D |                     |                  |                 |         |        |              |
| 12 | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> W<br><input type="checkbox"/> D |                     |                  |                 |         |        |              |
| 13 | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> W<br><input type="checkbox"/> D |                     |                  |                 |         |        |              |
| 14 | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> W<br><input type="checkbox"/> D |                     |                  |                 |         |        |              |
| 15 | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> W<br><input type="checkbox"/> D |                     |                  |                 |         |        |              |
| 16 | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> W<br><input type="checkbox"/> D |                     |                  |                 |         |        |              |
| 17 | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> W<br><input type="checkbox"/> D |                     |                  |                 |         |        |              |
| 18 | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> W<br><input type="checkbox"/> D |                     |                  |                 |         |        |              |
| 19 | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> W<br><input type="checkbox"/> D |                     |                  |                 |         |        |              |
| 20 | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> W<br><input type="checkbox"/> D |                     |                  |                 |         |        |              |

Kontaktdaten der Kita/Schule:

Rechnungsadresse:

Ist die Kita/Schule vom Kneipp-Bund e.V. zertifiziert?

Ja  Nein

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift