

Bewerbungsbogen  
zur Teilnahme am einjährigen ambulanten  
Schulungsprogramm **KLAKS** bzw.  
**KLAKS<sup>vorSchule</sup>**



Name/ Vorname des

Teilnehmers:.....

Geburtsdatum:

.....

Name/ Vorname des/der Erziehungsberechtigten:

.....

Anschrift:

.....

Telefon:

.....

E-Mail:

.....

Kinderarzt/ Hausarzt:

.....

Krankenkasse:

.....

---

Ort, Datum

Unterschrift des/ Erziehungsberechtigten

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

**KLAKS e.V.**

Lessingstraße 1, 04109 Leipzig

Antje Wagner

Tel: 0341 23699653

mail: info@klaks.de

Mobil: 0174-7584959