

**Kursanmeldeformular**

|  |  |
| --- | --- |
| Kurstitel: |  |
| Name und Vorname der Eltern: |  |
| Strasse: |  |
| Postleitzahl, Ortschaft: |  |
| Natelnummer: |  |
| Mailadresse: |  |
| Name und Vorname des Kindes: |  |
| Geburtsdatum des Kindes: |  |
| Klasse: |  |
| Name der Lehrperson: |  |

Unterschrift der Lehrperson:

Unterschrift der Eltern:

Datum:

**Einzusenden**

Per Post an: Per Mail mit Scan an:

Therapiestelle für Psychomotorik info@psymo.ch

Pestalozzistrasse 17

9500 Wil