

# Anmeldung zum AD(H)S-Elterntaining

## 1. Person

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geb.-Datum	Beruf
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße / Hausnummer		PLZ	Ort

## 2. Person

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geb.-Datum	Beruf
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße / Hausnummer		PLZ	Ort

## Betroffene/s Kinde/r

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Geb.-Datum	Name	Geb.-Datum

## Hauptproblematik / Sonstiges (z.B. Hochbegabung, Teilleistungsstörungen, etc.)

  

## Anzahl und Alter der Geschwisterkinder

Ich / Wir nehmen am ADHS-Elterntaining am  teil.

Die Kosten werden von mir selbst getragen

von meiner Krankenkasse übernommen

□

  
Ort / Datum  
Unterschrift