

# Anmeldung zum AD(H)S-Elterstraining

## 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"/>	<input type="text"/>
Straße / Hausnummer	PLZ	Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon	Handy	E-Mail	

## 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"/>	<input type="text"/>
Straße / Hausnummer	PLZ	Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon	Handy	E-Mail	

## Betroffene/s Kinde/r

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Geb.-Datum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Geb.-Datum	Hauptproblematik / weitere Diagnosen / Sonstiges
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Geb.-Datum	Hauptproblematik / weitere Diagnosen / Sonstiges

## Geschwisterkinder

Anzahl und Alter

Ich / Wir nehmen am ADHS-Elterstraining am  teil.

Die Kosten werden von mir selbst getragen  / von meiner Krankenkasse übernommen

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort / Datum	Unterschrift