

## KOSTENLOSES PROBETRAINING

- Legasthenie       Konzentration  
 Dyskalkulie       Aufmerksamkeit

Termin am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr

Adressdaten Erziehungsberechtigte/r

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Name Sohn/Tochter \_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_