

Kinder-Kochstube

Mein Kind

Name, Vorname, Alter _____

Anschrift _____

Name, Vorname eines Elternteils (Sorgeberechtigten) _____

Telefonnummer _____

E-Mail _____

Nimmt ab dem 09.09.2024 an der Kinder-Kochstube teil.

Die **Kinder-Kochstube** findet vom **09.09.** bis **30.09.2024** jeweils **montags von 14:00 Uhr – 16:00 Uhr** statt und umfasst 4 Einheiten.

Ich bestätige hiermit, den Betrag von 50,00€ (Mitarbeitende 40€) vor Beginn des Kurses an das untenstehende Konto zu überweisen.

Datum, Unterschrift

Kontodaten ASSISTENTIUM gGmbH

Stadtsparkasse Wedel

IBAN: DE85 2215 1730 0015 0184 84

BIC: NOLADE21WED

Betreff: Name des Kindes, Kinder-Kochstube

Kontakt: knickmeyer@assistentium.de ; 0176/ 41134851 (Nina Knickmeyer)

Anschrift: Rosengarten 8, 22880 Wedel

www.assistentium.de