



Regens-Wagner-Straße 2  
89407 Dillingen  
Telefon: 09071 502-480  
Telefax: 09071 502-481  
E-Mail:  
therapiezentrum-dillingen  
@regens-wagner.de

**Therapiezentrum**

Physiotherapie,  
Ergotherapie und  
Logopädie

Rechtsträger:  
Regens-Wagner-Stiftung  
Dillingen  
St.Nr. 152/110/30116  
USt-IdNr. DE127509762

## Verbindliche Anmeldung zum Marburger Konzentrationstraining (MKT)

Hiermit melde ich meine Tochter/meinen Sohn verbindlich zum Marburger Konzentrationstraining an.

Vor- und Zuname Teilnehmer	
Geburtsdatum Teilnehmer	
Vor- und Zuname Erziehungs-/Sorgeberechtigter	
Vollständige Anschrift	
Telefonnummer(n)	
E-Mail-Adresse	
Schule des Kindes/Klasse	
falls vorhanden: Diagnose	

Ich willige ein, dass die personenbezogenen Daten zur Dokumentation und Organisation des Kurses innerhalb des Therapiezentrums verarbeitet werden dürfen. Zur Erfüllung der Datenschutzvorgaben verpflichtet sich das Therapiezentrum, die notwendigen technisch-organisatorischen Maßnahmen zu ergreifen und umzusetzen.

Die Mitarbeiter des Therapiezentrums versichern Ihnen, dass Ihre Daten und Angaben der Schweigepflicht unterliegen und keine Weitergabe an unbefugte Dritte stattfinden darf. Ihre Daten werden gemäß der gesetzlichen Fristen aufbewahrt.

In sehr seltenen Fällen kann es nötig sein, einzelne Kinder aus dem Kurs zu nehmen, wenn diese das Gruppensetting und andere Teilnehmer übermäßig stören oder selbst nicht vom Gruppentraining profitieren können. Die Entscheidung obliegt der Kursleitung.

Mir ist bekannt, dass eine Teilnahme am Kurs nur bei Zahlungseingang VOR Kursbeginn möglich ist.

Ich bin damit einverstanden, dass mir die Rechnung per E-Mail an oben angegebene E-Mail-Adresse zugesandt wird.

Ich möchte die Rechnung per Post an o.g. Adresse erhalten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungs-/Sorgeberechtigter

**Es wäre für die Kursleiterinnen sehr hilfreich, wenn Sie uns noch mitteilen könnten, warum Ihr Kind MKT erhalten soll?**

**Vorgeschichte**, z.B. Sozialverhalten, Konzentration, Aufmerksamkeit, Hausaufgabensituation, Schulsituation, Wahrnehmung, Arbeitsverhalten

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

***Bitte senden Sie dieses ausgefüllte Anmeldeformular per Post oder E-Mail an das Therapiezentrum (Adresse siehe Briefkopf)***