

# LUFTIKURS Coswig

WOHNORTNAHE SCHULUNG FÜR ASTHMAKRANKE KINDER UND IHRE FAMILIEN

RÜCKMELDEBOGEN: bitte zurücksenden an  
Dr. med. Bernhard Lüders  
Kinder – und Jugendarzt  
Allergologie, Kinder-Pneumologie  
Dresdner Strasse 60  
01640 Coswig  
FAX: 03523 / 77 49 759

Bitte tragen Sie Ihre Kontaktdaten ein. Wir melden uns betreffs einer Terminvereinbarung zurück.

Familie .....  
Kind .....  
Adresse .....  
Tel.: / E-Mail: .....

Sie interessieren sich für einen konkreten Schulungstermin? ([siehe Internetseite](#)). Bitte tragen Sie das Schulungsdatum ein (Dies ist keine verbindliche Anmeldung.)

## WICHTIG: Eine Schulung setzt sich aus 4 Terminen zusammen!

Freitag, .....	15:00 –19:00 Uhr
Samstag, .....	10:00 - 15:00 Uhr
Freitag, .....	15:00 –19:00 Uhr
Samstag, .....	10:00 - 15:00 Uhr

### Es nehmen teil:

Mutter       Vater (wichtig!)       andere Person, welche ? .....

....., den .....  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Mutter)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Vater)