

Anmeldung Schnuppertag
Physiotherapie

Frau Herr

Name:..... Vorname:.....

Geburtsdatum:..... (Mindestalter: 15 Jahre)

Adresse: Strasse: Nr.:

 PLZ: Wohnort:

 Telefon: Mobile:

Aktuelle Schulstufe: in:

Gewünschter Schnupperzeitraum oder -tag:.....

Ort / Datum:..... Unterschrift:.....

Unterschrift gesetzliche Vertretung:.....

Anmeldeformular bitte senden an:
Spital Bülach, Karin Howald, Spitalstrasse 24, CH-8180 Bülach