



Name, Vorname <input type="text"/>		Kontakt am <input type="text"/>
Name des/der Erziehungsberechtigten <input type="text"/>		per
Adresse <input type="text"/>		E-Mail <input type="checkbox"/>
		Tel. <input type="checkbox"/>
		Persönl. <input type="checkbox"/>
Tel. <input type="text"/>	Mobil <input type="text"/>	E-Mail <input type="text"/>
Alter <input type="text"/>	Größe <input type="text"/>	Gewicht <input type="text"/>
Was wird sich vom Therapeutischen Reiten erhofft? <input type="text"/>		
Weitere Therapien, Förderungen, etc.? <input type="text"/>		
Welche Schule / Kindergarten / berufliche Tätigkeit? <input type="text"/>		
Wichtige Zusatzinformationen (z.B. Allergien, kognitive oder körperliche Einschränkungen, Ängste): <input type="text"/>		
Welche Wochentage sind möglich? <input type="text"/>	Uhrzeiten: <input type="text"/>	
Vorerfahrung mit Pferden? <input type="text"/>		
Auf welchem Weg auf uns aufmerksam geworden? <input type="text"/>		