

Sonnige Freizeiten

Mutter-Kind-  
wochen

Für Mütter  
mit ihren Kindern

im Kolping-Ferienhaus  
Lambach

2017



© tuncdm/fotolia.com

Kolping



Familienferienwerk Diözesanverband Regensburg e.V.

## Unsere Termine für das Jahr 2017:

- 24. bis 28. April 2017
- 08. bis 12. Mai 2017
- 15. bis 19. Mai 2017
- 18. bis 22. September 2017

## Kosten für eine Mutter-Kind-Woche:

260,- €

- >> inkl. Vollpension und Bastelmaterial für eine Mutter mit ihren Kindern!
- >> zzgl. 0,50 € Kurtaxe pro Tag und Teilnehmer ab 6 Jahren
- >> Bei einer Absage innerhalb sechs Wochen vor Beginn der Veranstaltung muss ein ärztliches Attest vorgelegt werden. Ansonsten werden Stornogebühren in Höhe von 70,- € in Rechnung gestellt.

## veranstalter:

Kolping-Familienferienwerk DV Regensburg e.V.  
in Kooperation mit dem Kolping-Erwachsenen-  
bildungswerk Regensburg e.V.

## Anmeldung und Informationen:

Kolping-Familienferienwerk DV Regensburg e.V.  
Obermünsterplatz 7  
93047 Regensburg

Tel.: 0941/597-2213

Fax: 0941/597-2219

Email: [ferienwerk@kolping-regensburg.de](mailto:ferienwerk@kolping-regensburg.de)

[www.ferienhaus-lambach.de](http://www.ferienhaus-lambach.de)

[www.kebw-regensburg.de](http://www.kebw-regensburg.de)

 **KOLPING**  
U R L A U B

*Zeit, die gut tut!*



FERIENHAUS LAMBACH

# Liebe Mütter! Liebe Kinder!

Unsere **Mutter-Kind-wochen** im Kolping-Ferienhaus Lambach sind für alle Mütter, die mit ihren Kindern ein paar erlebnisreiche und vor allem erholsame Tage verbringen möchten, ohne dabei ständig an die Sorgen des Alltags denken zu müssen. Gemeinsame Erlebnisse mit Ihren Kindern stärken die **Mutter-Kind-Beziehung** und schaffen ein vertrauensvolles Miteinander. Das Alter der nicht schulpflichtigen Kinder sollte zwischen 0 bis 6 Jahren liegen.

## Freuen sie sich auf:

- ein kinderfreundliches Haus
- einen hauseigenen Kindergarten
- interessante Gesprächskreise und Bildungseinheiten
- kreative Elemente (basteln, tanzen, singen, turnen, ...)
- Relax-Abende für Mütter
- und natürlich Ausflüge in die herrliche Umgebung

Begleitet und betreut werden Sie und Ihre Kinder von einer unserer engagierten und pädagogisch geschulten Referentinnen.

## wir freuen uns auf ihr kommen!

Das **Koiping-Ferienhaus Lambach** liegt im Bayerischen Wald, umgeben von herrlichster Natur. Ein Ort an dem Sie Erholung und Ruhe finden.



### **wir bieten ihnen und ihren kindern:**

- » eine familiengerechte Unterbringung
- » Vollpension in Form von abwechslungsreichen Buffets
- » Säuglingsküchen
- » Verleih von Babyphones, Rückentragen, Buggys, ...
- » große Sommerterasse zum Entspannen
- » Kinderspielplätze und Turnhalle zum Toben
- » Spiele-, bzw. Kinderzimmer

**Verbindliche Anmeldung**  
**für die Mutter-Kind-Woche 2017**

**Anmeldung bitte zurück an:**

Kolping-Familienferienwerk  
DV Regensburg e.V.  
Obermünsterplatz 7

93047 Regensburg

Tel: 0941/597-2213

Fax: 0941/597-2219

Email: ferienwerk@kolping-regensburg.de

***Termine:***

**24. bis 28. April 2017**

**08. bis 12. Mai 2017**

**15. bis 19. Mai 2017**

**18. bis 22. September 2017**

**Noch eine kurze Frage:**

Wie wurden Sie auf unser Haus aufmerksam?

---

---

*Bitte wenden!*

Termin Mutter-Kind-Woche: \_\_\_\_\_

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**Teilnehmer:**

Mutter: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Kind 1: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Kind 2: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Kind 3: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Besondere Wünsche:** \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**SEPA-Lastschriftmandat – Kolping-Familienferienwerk DV Rgbg. e.V.:**

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE92ZZZ00000764128**

Ich ermächtige den Rechtsträger des Kolping-Ferienhauses Lambach, das Kolping-Familienferienwerk DV Regensburg e.V., den Reisepreis + Kurtaxe von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Kolping-Familienferienwerk DV Regensburg auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Name, Vorname): \_\_\_\_\_ Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Ort und Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

Bitte hier abtrennen!

Bitte hier abtrennen!