

## Verbindliche Anmeldung zur ehrenamtlichen Mitarbeit in einer Veranstaltung der Deutschen Kinderhospizakademie

1. Veranstaltungstitel:

Zeit:

Ort:

2. Veranstaltungstitel:

Zeit:

Ort:

3. Veranstaltungstitel:

Zeit:

Ort:

Name:

Straße + Hausnr.:

PLZ + Ort:

Mailadresse:

Telefon und Handy:

- Ich bin ehrenamtliche/r Mitarbeiter/in in: \_\_\_\_\_  
(bitte angeben: Name des ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienstes, Kinderhospiz, Deutsche Kinderhospizakademie etc.)
- Ich bin mit der Weitergabe meiner Kontaktdaten auf einer Teilnahmeliste oder zur Bildung von Fahrgemeinschaften einverstanden.
- Ich bitte um vegetarische Kost.
- Ich esse kein Schweinefleisch.
- Die Teilnahmebedingungen habe ich gelesen und stimme ihnen zu.

Ich würde gerne mitwirken als (Mehrfachnennungen sind möglich):

- Begleiter/in eines erkrankten Kindes/Jugendlichen
- Springer/in
- Begleiter/in von Geschwistern
- Leitungsassistentz

Datum

Name/Unterschrift

Bitte senden Sie diese Anmeldung per Post, Fax oder Mail an:  
Deutsche Kinderhospizakademie, In der Trift 13, 57462 Olpe  
Tel.: 02761-9412934 Fax: 02761-9412960  
Mail: akademie@deutscher-kinderhospizverein.de

