

Verbindliche Anmeldung zum Familienseminar

Kursnummer: _____ Datum, Ort: _____

Familienname: _____
 Straße & Hausnr.: _____
 PLZ & Ort: _____
 E-Mail-Adresse: _____
 Telefon: _____

Wir nehmen wie folgt teil:

Erwachsene: _____
 (Name & Mobilnummer)

Erkrankte Kinder/Jugendliche/
 junge Erwachsene: _____
 (Name, Geburtsdatum & Erkrankung)

Geschwister: _____
 (Namen & Geburtsdatum)

Zu unserer Familie gehört/
 gehören auch: _____
 (Name, Geburtstag, Sterbetag)

Wir sind Mitglied im Deutschen Kinderhospizverein e.V.

Wir sind damit einverstanden, dass Fotos, die im Rahmen dieser Veranstaltung gemacht werden, für die Öffentlichkeitsarbeit und Medien (z.B. Internet, Zeitschriften, Flyer, ...) des Deutschen Kinderhospizvereins verwendet werden.

Wir sind mit der Weitergabe unserer Kontaktdaten auf einer Teilnahmeliste oder zur Bildung von Fahrgemeinschaften einverstanden.

Ernährung: vegetarische Kost kein Schweinefleisch
 Sonstige Nahrungsmittel-Besonderheiten:

Das erkrankte Kind benötigt ein Pflegebett.

Das Kind bringt ein Pflegeteam mit. Personenanzahl: _____

Es liegen besondere gesundheitliche Voraussetzungen vor (Allergien, Geräte, Erreger, etc.). Bitte setzen Sie sich mit uns in Verbindung.

Die Teilnahmebedingungen haben wir gelesen und stimmen ihnen zu.

Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie die Anmeldung an:
 Deutsche Kinderhospizakademie, In der Trift 13, 57462 Olpe
 E-Mail: akademie@deutscher-kinderhospizverein.de
 Telefon: 02761 - 941 29 34, Fax: 02761 - 941 29 60

