

Verbindliche Anmeldung

**zum Seminar F 6.1 „Tage der Erinnerung“
vom 22. bis 24. November 2019 in Möhnesee**

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Mailadresse: _____

Telefon und Handy: _____

Wir nehmen wie folgt teil:

Erwachsene:

(Name)	(Mobilnummer)
--------	---------------

(Name)	(Mobilnummer)
--------	---------------

Erkrankte Kinder/
Jugendliche/junge
Erwachsene:

(Name)	(Geburtsdatum)	(Erkrankung)
--------	----------------	--------------

(Name)	(Geburtsdatum)	(Erkrankung)
--------	----------------	--------------

Geschwister:

(Name)	(Geburtsdatum)
--------	----------------

(Name)	(Geburtsdatum)
--------	----------------

Zu unserer Familie
gehörte/gehörten auch:

(Name)	(Geburtsdatum)	(Sterbedatum)
--------	----------------	---------------

(Name)	(Geburtsdatum)	(Sterbedatum)
--------	----------------	---------------

- Wir sind Mitglied im Deutschen Kinderhospizverein e.V.
- Wir sind Mitglied bei Leona e.V.
- Wir sind damit einverstanden, dass Fotos, die im Rahmen dieser Veranstaltung gemacht werden, für die Öffentlichkeitsarbeit und Medien (Homepage, Zeitschrift, Flyer etc.) des Deutschen Kinderhospizvereins verwendet werden.
- Wir sind mit der Weitergabe unserer Kontaktdaten auf einer Teilnahmeliste oder zur Bildung von Fahrgemeinschaften einverstanden.
- Wir bitten um vegetarische Kost.
- Wir essen kein Schweinefleisch.
- Die Teilnahmebedingungen haben wir gelesen und stimmen ihnen zu.

Datum_____
Name/Unterschrift

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

