Verbindliche Anmeldung

zum Seminar F 6.1 „Tage der Erinnerung“

vom 30. November bis 2. Dezember 2018 in Hofgeismar

|  |  |
| --- | --- |
| 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, Martina Jurisic,

In der Trift 13, 57462 Olpe, Tel.: 02761-9412934, Fax: 02761-9412960

Mail: akademie@deutscher-kinderhospizverein.de