



## Anmeldeformular

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Geburtstag: \_\_\_\_\_  
Telefonnr./Handynr.: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie das erste Mal an einem Kurs der Lebenshilfe teil?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie Rollstuhlfahrer?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Benötigen Sie eine zusätzliche Betreuungsperson?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Benötigen Sie während des Kurses Hilfe bei der Medikamenteneinnahme?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Anmeldung zu folgenden Kursen/Freizeitangeboten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggfs. des Erziehungsberechtigten)