# Verbindliche Anmeldung zu einer Veranstaltung der Deutschen Kinderhospizakademie

Veranstaltungstitel: Trauerseminar für Geschwister
Kursnummer: 2014-F4.7

vom 17. bis 19. Oktober2014
in der Akademie Biggesee

…….

Name des/der Teilnehmenden:

Straße + Hausnummer:

PLZ + Ort:

Mailadresse:

Telefon:

Geburtsdatum: Geschlecht: ☐ m / ☐ w

☐ Ich bin Mitglied im Deutschen Kinderhospizverein e.V. oder von „Leben ohne Dich“ e.V.

☐ Ich bin 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.

☐ 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.

☐ Ich bin allergisch gegen .

☐ Die Teilnahmebedingungen habe ich gelesen und stimme ihnen zu.

☐ Ich komme mit insgesamt Personen.
**Bitte für jede angemeldete Person ein eigenes Formular ausfüllen!**

☐ Ich benötige ein Einzelzimmer

☐ Ich benötige ein Doppelzimmer mit

Datum:

Bitte mailen oder schicken Sie diese Anmeldung an:

Deutsche Kinderhospizakademie
Bruchstr. 10 57462 Olpe
Tel.: 02761-9412934 Fax: 02761-9412960
Mail: kinderhospizakademie@deutscher-kinderhospizverein.de

Deutsche Kinderhospiz AKADEMIE
Deutscher Kinderhospiz verein e.V.