

Anmeldung für Betreute Ferien vom 17. – 24. April 2027

Centro Magliaso

Teilnehmer

Geburtsdag

Adresse

PLZ/Ort

Adresse gesetzlicher Vertretung

IV-Nr.:

Telefon:

E-Mail:

Ich bin Rollstuhlfahrer / Rollstuhlfahrerin

☐ ja ☐ nein

Ich habe eine **Annullierungskostenversicherung**

☐ ja ☐ nein

Angaben über die Behinderung

☐ Cerebrale Bewegungsstörungen

☐ Muskeldystropie

☐ Spina bifida

☐

Hinweis zum Datenschutz: Mit Ihrer Anmeldung willigen Sie ein, dass Ihre Angaben zu Organisationszwecken an Dritte, wie z.B. Kursleiter, Hotel etc., weitergegeben werden dürfen. Sie stimmen auch zu, dass Ihre Angaben an das BSV, diverse Stiftungen und die Dachorganisation weitergeleitet werden können. Diese Zustimmung ist zwingend, da wir die Dienstleistungen über das BSV oder andere Organisationen abrechnen können.

Datum: Unterschrift des
gesetzlichen Vertreters:

Anmeldung bitte an die **Vereinigung Cerebral Solothurn**, Marianne Burki, Höhenweg 3, 4573 Lohn-Ammannsegg einsenden oder an info@cerebral-so.ch mailen. **Das Anmeldeformular finden Sie auch auf www.cerebral-so.ch.**

Allgemeine Bestimmungen

Die Anmeldung muss vom gesetzlichen Vertreter unterschrieben sein.

Die Teilnahme ist definitiv, wenn die Zu- oder Absage bestätigt wurde.

Wenn Sie nach der Bestätigung nicht mehr am Angebot interessiert sind, bitte umgehend der Geschäftsleiterin melden. Allfällige, mit der Absage verbundene Kosten, müssen von der zurücktretenden Person übernommen werden.