

→ Beitrittserklärung für Individual-Mitgliedschaft

Persönliche Angaben

Name: Vorname:

(Name der Institution und Betreuungsperson):

Strasse: PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Tel. P: Natel: Tel. Heim:

Tel. G: E-Mail:

Behinderungsart

Sehbehinderung: blind geringer Sehrest

Hörbehinderung: taub Hörgerät Hörrest

Geistige Behinderung: leicht mittel schwer

Trisomie 21 Lernbehinderung

Autismus: leicht mittel schwer

Körperbehinderung: CP Hemiplegie Diplegie Spastik
 im Rollstuhl im E-Rollstuhl Paraplegie Tetraplegie
 Lähmung Polio Spina Bifida
 Amputation, wo?

Psychische Behinderung: Welche?

Andere Behinderung/
Genaue Bezeichnung

Krankheiten

Asthma Allergie Epilepsie Diabetes

Sprachstörung Wahrnehmungsstörungen Herzkrankheit/-fehler

Andere Krankheiten:

Bemerkungen:
.....

Die Unterzeichnenden bestätigen, alle Angaben korrekt und vollständig ausgefüllt zu haben.

Ort/Datum: Unterschrift des Antragstellers:

Ort/Datum: Unterschrift des gesetzl. Vertreters: