

→ Beitrittserklärung für Individual-Mitgliedschaft

Persönliche Angaben

Name: Vorname:
(Name der Institution und Betreuungsperson):
Strasse: PLZ/Ort:
Geburtsdatum: Sozialversicherungs-Nr: 756.....
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: