**Anmälningsblankett**

Till Prova på Kurs vecka 18 29/4 – 3/5 2024

Namn:

Adress:

Postnr: Postort:

E-mail:

Personnummer: Min lokalförening:

Telefon: Mobil:

Diagnos:

**Ringa in det alternativ som passar in på dig.**

Får vi göra en deltagförteckning med era namn, adress, telefonnummer och E-mail? Ja Nej

Önskar vegetarisk kost Ja Nej

Annan specialkost/ allergi (ange vad på raden nedan) Ja Nej

Använder rullstol Ja Nej Använder El stol Ja Nej

Använder rollator Ja Nej

Behöver följande hjälpmedel:

Annan information till kursledningen:

**Uppgifter om anhörig eller personlig assistent som önskar delta.**

Namn på anhörig som kommer att **delta**:

Personnummer på anhörig som kommer att **delta**:

Är din anhöriga medlem i NEURO förbundet: Ja Nej Medlemsnummer:

Namnpå egen assistent som kommer att **delta**:

Anmälan oss till handa så snart som möjligt,Via E-post eller brev.

Skriv Din namnteckning här:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_