

Anmälningssblankett till Valjeviken kurs

Jag vill anmäla mig till: 5 dagars kurs - Prova på rehabiliteringsinsatser (27/3 – 31/3)
 3 dygns kurs - Nystartskurs (23/4 – 27/4)

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____ Postort: _____

E-mail: _____

Personnummer: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Diagnos: _____

Lokalföreningen jag är medlem i: Halmstad(Laholm/Hylte) Varberg – Falkenberg
 Kungsbacka

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

Önskar handikappanpassat rum Ja Nej önskar enkelrum (tillägg)

Önskar vegetarisk kost Ja Nej

Annan specialkost/ allergi Ja Nej

Om ja, ange vilka: _____

Jag använder: rullstol El stol rollator Behöver sitta i rullstol i bussen

Behöver hjälp med: _____

Behöver följande hjälpmedel: _____

Annan information till kursledningen: _____

Önskar gå på bussen: Kungsbacka Varberg Falkenberg Halmstad
 Mellbystrand Laholm Våxtorp Beställer själv Riksfärdtjänst

Uppgifter om anhörig/närstående eller personlig assistent som önskar delta.

Namn på anhörig/närstående som kommer att **delta**: _____

Personnummer på anhörig/närstående som kommer att **delta**: _____

Är din anhöriga medlem i Neuroförbundet?: Nej Ja, medlemsnummer: _____

Namn på egen assistent som kommer att **delta**: _____

Anmälan oss till handa senast den 17 februari

Via E-post halland@neuro.se

eller brev: Neuro Halland, Gatenshielmsv.17 302 91 HALMSTAD