

Aufnahmeantrag

Behindertenverband Landkreis Stollberg e.V.
Clara-Zetkin-Straße 12 09385 Lugau

Name: _____ Vorname: _____

Geburtstag: _____

Anschrift

Straße: _____ Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____

Gesetzlicher Vertreter

Name / Anschrift: _____

Verwandschaftsverhältnis: _____

Schwerbehindertenausweis- Nr.: _____ Merkzeichen: _____

Art der Behinderung: Zutreffendes bitte ankreuzen!

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> geistig behindert | <input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer |
| <input type="checkbox"/> körperlich behindert | <input type="checkbox"/> gehbehindert |

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Behindertenverbandes an

Datum:

Unterschrift: