ANLAGE zum Antrag zur Teilnahme an den Erlebnisfreizeiten des ABB e.V.

Angaben des Arztes

für: _____,

geb. am: _____

Behandelnder Arzt:

Name: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon-Nr.: _____

Diagnose des behandelnden Arztes, ggf. bitte Hinweise für die Betreuung und medizinisch-pflegerische Fürsorge während der Ferienfreizeit
(Bitte stets ein aktuelles medizinisches Gutachten beilegen!):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes

Allgemeiner Behindertenverband Land Brandenburg e.V. (ABB e.V.)
Gutenbergstraße 15 · 14467 Potsdam
Tel. (0331) 2803810 · Fax (0331) 2803811 · E-Mail: info@abbev.de · www.abbev.de