

**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