

# ANMELDEBOGEN



b.i.f. ambulante Dienste | Rheingoldstraße 27 | 68199 Mannheim  
Tel.: 0621/ 842 51 450 | Fax: 0621/ 842 51 458

## Anmeldung für folgende Veranstaltung:

**Anreise:**  Fahrdienst  wird gebracht  selbstständig

**Abreise:**  Fahrdienst  wird abgeholt  selbstständig

**Bitte beachten Sie, dass wir nicht bei allen Angeboten Fahrdienste anbieten können. Nähere Informationen finden Sie beim jeweiligen Angebot im Programmheft.**

**Vermerk „B“ im Ausweis?**  ja  nein

**Hilfsmittel:**  Rollstuhlfahrer  kann umsitzen  Kindersitz notwendig  Rollator

Hiermit erlaube ich das **Schwimmen** im Rahmen der Angebote:  Ja  Nein

Der Teilnehmer darf  nur ins standhohe Wasser  auch in den Schwimmbereich

Der Teilnehmer benötigt  im Wasser eine 1:1 Begleitung  Schwimmhilfen

**Abrechnung:**  Verhinderungspflege  Entlastungsbetrag  
 Persönliches Budget  Selbstzahler  Eingliederungshilfe  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Wohnform:  im Wohnhaus  bei den Eltern  in der eigenen Wohnung

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_ Tel./E-mail: \_\_\_\_\_

Gesetzl. Vertreter: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen sorgfältig gelesen habe und rechtsverbindlich anerkenne.

Ort/Datum

Unterschrift Teilnehmer

Ort/Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

# ANMELDEBOGEN



b.i.f. ambulante Dienste | Rheingoldstraße 27 | 68199 Mannheim  
Tel.: 0621/ 842 51 450 | Fax: 0621/ 842 51 458

## Anmeldung für folgende Veranstaltung:

**Anreise:**  Fahrdienst  wird gebracht  selbstständig

**Abreise:**  Fahrdienst  wird abgeholt  selbstständig

**Bitte beachten Sie, dass wir nicht bei allen Angeboten Fahrdienste anbieten können. Nähere Informationen finden Sie beim jeweiligen Angebot im Programmheft.**

**Vermerk „B“ im Ausweis?**  ja  nein

**Hilfsmittel:**  Rollstuhlfahrer  kann umsitzen  Kindersitz notwendig  Rollator

Hiermit erlaube ich das **Schwimmen** im Rahmen der Angebote:  Ja  Nein

Der Teilnehmer darf  nur ins standhohe Wasser  auch in den Schwimmbereich

Der Teilnehmer benötigt  im Wasser eine 1:1 Begleitung  Schwimmhilfen

**Abrechnung:**  Verhinderungspflege  Entlastungsbetrag  
 Persönliches Budget  Selbstzahler  Eingliederungshilfe  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Wohnform:  im Wohnhaus  bei den Eltern  in der eigenen Wohnung

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_ Tel./E-mail: \_\_\_\_\_

Gesetzl. Vertreter: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen sorgfältig gelesen habe und rechtsverbindlich anerkenne.

Ort/Datum

Unterschrift Teilnehmer

Ort/Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

