

ANMELDUNG zur Ferienfreizeit 2020 der ASBH Hamburg

Anmeldungen sind ab sofort möglich. **Anmeldeschluss: 21.01.2020**

Bitte senden Sie diesen Abschnitt zurück an:

ABSENDER

ASBH Bereich Hamburg e.V.

Name: _____

Paul-Stritter-Weg 7
22309 Hamburg

Straße: _____

Ort: _____

o Kinderfreizeit

Anmeldung zur Kinderfreizeit vom 13.07. -27.07.2020 in der ‚Hössensportanlage‘ in 26655 Westerstedde. Die Freizeit ist gedacht für Kinder aus der Gruppe der ‚**Fantastischen Drachenfliegerbande**‘ im Alter ab 5 Jahren und andere Kinder mit der Behinderung Spina Bifida und /oder Hydrocephalus, sowie für Geschwisterkinder.

Name des Kindes/ der Kinder: _____

o Kinder-Jugendfreizeit

Anmeldung zur Kinderfreizeit vom 18.07. -01.08.2020 im ‚Haus Reichwein‘ in 25813 Berlin. Die Freizeit ist gedacht für Kinder aus der Gruppe der ‚**Wilden Maulwürfe**‘ im Alter von ca. 12 bis ca. 19 Jahren und andere Kinder/Jugendliche mit der Behinderung Spina Bifida und /oder Hydrocephalus, sowie für Geschwisterkinder.

Name der Kinder/Jugendlichen: _____

o Jugendfreizeit

Anmeldung zur Jugendfreizeit vom 02.08.-16.08.2020 im ‚Traumhaus Elsterpark‘ in 04916 Herzberg. Die Freizeit ist gedacht für Jugendliche aus der Gruppe ‚**Lila Löwen**‘ im Alter von ca. 20 bis ca.26 Jahren und andere Jugendliche mit der Behinderung Spina Bifida und /oder Hydrocephalus, sowie für Geschwister.

Name des/ der Jugendlichen: _____

o Freizeit für junge Erwachsene

Anmeldung zur Freizeit für junge Erwachsene vom 20.07. – 03.08.2020 im ‚Ferienhof‘ in 25842 Bargum. Die Freizeit ist gedacht für Erwachsene im Alter von ca. 25 bis 35 Jahren aus der Gruppe ‚**Junge Erwachsene**‘ und andere Erwachsene mit der Behinderung Spina Bifida und/oder Hydrocephalus sowie für Partner/innen.

Name des/ der Teilnehmer/s: _____

o Erwachsenenfreizeit

Anmeldung zur Erwachsenenfreizeit vom 18.07. - 01.08.2020 im ‚Traumhaus Elsterpark‘ in 04916 Herzberg. Die Freizeit ist gedacht für **Erwachsene** ab einem Alter von ca. 35 aus der Erwachsenengruppe und andere Erwachsene mit der Behinderung Spina Bifida und/oder Hydrocephalus und für Partnerinnen und Partner.

Name des/ der Teilnehmer/s: _____

Diese Anmeldung ist verbindlich. Die Vergabe der Plätze richtet sich nach Eingang der Anmeldung. Mitglieder der ASBH Hamburg e.V. haben Vorrang. Bitte wenden Sie sich bei Fragen zu den Kosten und zur Finanzierung an die Beratungsstelle der ASBH Hamburg.

(Datum und Unterschrift)

Ich bin sorgeberechtigt, Eltern volljähriger Teilnehmer ohne rechtliche Betreuung rechtlicher Betreuer