

## ANMELDUNG – DGM-NRW Familienfreizeit 06.-08.09.2024

Hiermit melden wir uns verbindlich an:

**Familienname** .....

**Mitgliedsnummer** .....

**Straße** .....

**PLZ Wohnort** .....

**E-Mail** .....

**Telefon** .....

**Mutter:** Vorname .....

**Vater:** Vorname .....

**1. Kind:** Vorname ..... Jahrgang .....

Muskelkrank     Rollstuhl    Diagnose .....

**2. Kind:** Vorname ..... Jahrgang .....

Muskelkrank     Rollstuhl    Diagnose .....

**3. Kind:** Vorname ..... Jahrgang .....

Muskelkrank     Rollstuhl    Diagnose .....

Eigenbeteiligung (bei Anmeldung zu überweisen!):

Kinder bis 6 Jahre: kostenfrei (Kinder unter 6 Jahren dürfen leider nicht klettern)

Kinder zwischen 7 - 14 Jahren: 30 €

Jugendliche ab 15 Jahren und Erwachsene: 60 €

Eigenbeteiligung bitte überweisen an:

Bank für Sozialwirtschaft Essen

IBAN: DE33 3702 0500 0007 2305 00

BIC: BFSWDE33XXX

Verwendungszweck: DGM - Familienfreizeit

**Den Eigenanteil in Höhe von ..... € habe ich am.....überwiesen.**

**Datum:.....Unterschrift:.....**