

AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM ROTENBURG gemeinnützige GmbH

DKR Anmeldung Zukunftstag

BITTE LESERLICH AUSFÜLLEN!

männlich weiblich divers

Vorname _____

Name _____

Anschrift _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Geburtsdatum _____

Telefonnummer _____

Mail _____

Schule _____

Ansprechpartner:in im Haus
(falls vorhanden)

Vorname _____ Name _____

Abteilung, Station _____

Durchwahl _____

Mit der verbindlichen Anmeldung stimme ich der Anlage zur Fotoeinwilligung zu.

Ort, Datum, Unterschrift der Eltern und/oder des/der Sorgeberechtigten