AEB
arbeitskreis eltern behinderter EO
associazione genitori di persone in situazione di handicap ODV

Bitte nachstehende Felder leserlich ausfüllen, unterzeichnen und das **Formular bis spätestens 28.02.2023** an unser Büro zurücksenden.

ANMELDUNG

lovt CAMP

für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen und deren Familien

Der/die Unterfertigte **(Mitglied des AEB)** _____

Adresse: _____

Tel. Nr.: _____ Handy Nr.: _____

Fax Nr.: _____ E-Mail: _____

Geburtsort: _____ Geburtsdatum: _____

Steuernummer:

ersucht um die Teilnahme am

LOVT-Camp vom 16.09.2023 bis 22.09.2023

auf der Kleinalm bei Schlanders im Vinschgau

Daten zum Jugendlichen mit Autismus-Spektrum Störung

Zu- und Vorname	Geburtsort	Geburtsdatum

AEB – arbeitskreis eltern behinderter EO – associazione genitori di persone in situazione di handicap ODV
39100 Bozen / Bolzano – G.Galileistrasse 4/f Via G. Galilei – tel +39 / 0471 289100
e-mail: info@a-eb.net – internet: www.a-eb.net
StNr. / Cod. fisc. 80024700215 – Raika / Cassa Rurale IBAN: IT 56 Y 08081 11601 000301057171 – Post c/c n. 11724390

Daten aller teilnehmenden Personen (auch jene des/der Antragstellers/in)

Zu- und Vorname	Geburtsort	Geburtsdatum	Staatsbürgerschaft

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie eine Quittung der Kostenbeteiligung benötigen JA ☐ Nein ☐

Zusätzliche wichtige Hinweise in Bezug auf ev. Lebensmittelunverträglichkeiten bzw. Allergien:

_____

_____

_____

_____

_____

* Die Teilnahme am Seminar/Fortbildung/Initiative setzt die vollständige Kenntnis und Akzeptanz der Bestimmungen zum Schutz personenbezogener Daten gemäß den Bestimmungen der Verordnung (EU) 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten voraus. Die vollständigen Informationen finden Sie im Datenschutzbereich der Website www.a-eb.net/de

☐ Ich erkläre, dass ich die Datenschutzbestimmungen gelesen und verstanden habe

_____/_____/_____
Ort/Datum/leserliche Unterschrift

Reservierter Platz für das AEB Büro