

ANLAGE zum Antrag zur Teilnahme an den Erlebnisfreizeiten des ABB e.V.



Angaben des Arztes

für: _____,

geb. am: _____

Behandelnder Arzt:

Name:

Straße:

PLZ / Ort:

Telefon-Nr.:

Diagnose des behandelnden Arztes, ggf. bitte Hinweise für die Betreuung und medizinisch-pflegerische Fürsorge während der Ferienfreizeit

(Bitte stets ein aktuelles medizinisches Gutachten beilegen!):

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes