

Anmeldung als Aktivmitglied

Foto Mitglied

Angaben Mitglied mit einer Beeinträchtigung

Name / Vorname _____

Adresse _____

PLZ / Ort _____

Tel. / E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Sozialversicherungsnummer _____

Art der Behinderung _____

Schule, Arbeit, Wohnheim _____

Angaben Angehörige

Name / Vorname _____

Adresse _____

PLZ / Ort _____

Tel / E-Mail _____

Angaben gesetzlicher Vertreter (inkl. Rechnungsempfänger)

wie Angehörige

Name / Vorname _____

Adresse _____

PLZ / Ort _____

Tel / E-Mail _____



Kontaktperson für Notfälle

<input type="checkbox"/> Angehörige	Institution	_____
<input type="checkbox"/> Gesetzlicher Vertreter	Name / Vorname	_____
<input type="checkbox"/> Bezugsperson	Adresse	_____
	PLZ / Ort	_____
	Tel. / E-Mail	_____

Einwilligung für Fotoveröffentlichungen von Menschen mit Beeinträchtigung:

Homepage insieme UW	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Öffentliche Publikationen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Facebook etc. insieme UW	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Wichtige Infos über das Mitglied mit Beeinträchtigung
