

ANMELDUNG

Anmeldung: nur möglich per **Email** oder **Fax**

MF & MFT GmbH. www.mf-mft.com **Email:** andrea.wiederin@mf-mft.com **Fax:** 0043-1-253 30 33 49 46

Auskunft: 0043-1-317 70 28 **Ansprechpartnerin:** **Andrea Christin Wiederin**

SOMMER CAMP´S

MF & MFT GmbH.- Therapieferienwochen

Multifunktionelle Förderung- & Fördertherapie Lehrmethode nach Muchitsch

„für Kinder und Jugendliche mit Autismus und anderen Entwicklungsauffälligkeiten und Ihren Familien“

Wählen Sie!

Kreuzen Sie Ihre Wunschwoche an, wir werden versuchen diese zu berücksichtigen. Wir behalten uns jedoch vor, Ihr Kind je nach Förderschwerpunkt, in eine andere Woche einzuteilen. **Ihr Platz ist erst reserviert**, bei einer ordnungsgemäßen **Anmeldung durch Ihr Anmeldeformular** und Ihrer Unterschrift!

• **ANMELDESCHLUSS** (für Camp I und Camp II) *** **Donnerstag: 13.06.2019** ***

T H E R A P I E – F E R I E N W O C H E N	Datum	Anreise	Abreise	Kreuze an
<p>• Therapiecamp I</p> <p>Kinder: (Altersgrenze: bis 14 Jahre) mit Eltern/Begleitpersonen</p> <p>Geschwister: neurotypische Geschwisterkinder (ohne Diagnose) sind ebenfalls herzlich willkommen</p>	<p>Sa. 06.07. bis Fr. 12.07. 2019 (6 Nächte) mit „Bunten Abend“</p>	16:00	<p>Freitag! (12.07.) nach dem Frühstück</p>	
	<p>Sa. 06.07. bis Do. 11.07. 2019 (5 Nächte) ohne „Bunten Abend“</p>	16:00	<p>noch am Donnerstag! (11.07.) nach dem Mittagessen</p>	
<p>Therapiecamp II</p> <p>Kinder: ohne Eltern/Begleitpersonen</p> <p>junge Erwachsene: ohne oder mit Eltern/Begleitpersonen</p> <p>Geschwister: neurotypische Geschwisterkinder (ohne Diagnose) sind ebenfalls herzlich willkommen</p>	<p>Mo. 08.07. bis Sa. 13.07. 2019 (5 Nächte)</p>	16:00	<p>Samstag! (13.07.) nach dem Mittagessen</p>	

Angaben: Therapie Kind / Therapie Geschwister Kind

Vor- und Zuname : Therapie Kindes/er	Diagnose: welche	Geburtsdatum
Vor- und Zuname : Therapie Geschwister Kindes/er	Diagnose: welche	Geburtsdatum

Wichtige Informationen an Ihr Sommercamp Team!

Medikamente und deren Einnahmezeiten, Allergien, Lebensmittelunverträglichkeit, sonstiges zu beachten

Familie: Daten der Ansprechperson/en

Familie	Vor- und Zuname	Telefonnummer	E-Mail-Adresse
Mutter: Vor- und Zuname			
Vater: Vor- und Zuname			
Bezugs / Begleitungspersonen			
Bezugs / Begleitungspersonen			
Bezugs / Begleitungspersonen			
Bezugs / Begleitungspersonen			
Bezugs / Begleitungspersonen			
Bezugs / Begleitungspersonen			

Verrechnung: Wohnanschrift

Vor- und Zuname	PLZ	Ort	Straße

Erreichbarkeit: per Telefon

Telefon / Mobilnummer (1)	Telefon / Mobilnummer (2)	Telefon / Mobilnummer (3)

Wer fährt mit (dem Therapie-Kind) sonst noch mit!

Vater, Mutter, Geschwister (ohne Diagnose), Verwandte, sonstige Bezugs- / Begleitungspersonen

Angabe der Angehörigkeit	Vor- und Zuname	Geburtsdatum	Telefon-/Mobil-Nummer

Anzahl der gewünschten Zimmer: Angabe in Ziffern

Zweibettzimmer	Dreibettzimmer	Vierbettzimmer

Falls Sie ein (Bezugs / Begleitungspersonen) ein Einzelzimmer möchten, werden wir versuchen Ihrem Wunsch nachzukommen

Datum:

Ihre Unterschrift: