


Anmeldetalon

Ich möchte folgende Kurse besuchen:

Kurs-Nummer:	Kurs-Titel:
Kurs-Nummer:	Kurs-Titel:
Kurs-Nummer:	Kurs-Titel:

Ersatzkurs, wenn gewünschter Kurs besetzt ist:

Kurs-Nummer:	Kurs-Titel:
--------------	-------------

Name:	Vorname:
Zusatz (WG, Wohnheim):	
Adresse:	
PLZ:	Wohnort:
 Privat:	Wohnkanton:
Geburtsdatum:	E-Mail:
Rollstuhl <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ich bin AHV-berechtigt <input type="checkbox"/> Ich bin IV-berechtigt <input type="checkbox"/> Nicht beitragsberechtigt <input type="checkbox"/>	Meine IV-/AHV-Nummer ist:

Wichtiges für den Kurs z.B. Epilepsie, Diabetes, Allergien

Kontaktperson im Notfall:

Name, Vorname:



E-Mail:

Datum:

Unterschrift Kursteilnehmer /
Kursteilnehmerin:

Unterschrift Rechtsvertreter /
Rechtsvertreterin

Kurs-Anmeldekarte in einem Couvert senden an:

Stiftung Arkadis
Bildungsclub
Von Roll-Strasse 1
4600 Olten