

# SYSKONVISTELSE PÅ ÅGRENSKA 11 - 15 JUNI 2018

för dig i åldern 14 - 19 år som har mist ditt syskon i en barncancersjukdom



*"Skönt att dela med sig och lyssna på andra som förstår"*

Barncancerfonden välkomnar dig till Ågrenska på Lilla Amundön. Där anordnar vi en vistelse för ungdomar som är mellan 14-19 år och som har mist sin bror eller syster i barncancer. Det blir en vecka då du får känna gemenskap och träffa andra syskon med liknande erfarenhet.

## Veckan kommer bland annat att innehålla:

- Aktiviteter som t e x att bada, paddla, segla, fiska, spela olika bollsporter, kamratbana, strandaktiviteter, eller bara njuta av sommaren.
- Gruppdiskussioner med erfarna ledare

## Tid:

Vi träffas på Ågrenska måndag 11 juni kl. 11.00. Lägret slutar fredag 15 juni kl. 13.30.  
Personal från Ågrenska finns på plats dygnet runt.

## Ansökan:

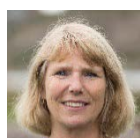
Vistelsen är kostnadsfri för deltagaren. Barncancerfonden betalar vistelse och resa.

Har du frågor kring anmälan kontaktar du Clary Cameras, 031-750 91 62 eller [clary.cameras@agrenska.se](mailto:clary.cameras@agrenska.se)  
Ansökan sändes till Ågrenska, Clary Cameras, Box 2058, 436 02 Hovås.

## För mer information om vistelsen kontakta



Samuel Holgersson, 031-750 91 27  
[samuel.holgersson@agrenska.se](mailto:samuel.holgersson@agrenska.se)



Astrid Emker, 031-750 91 21  
[astrid.emker@agrenska.se](mailto:astrid.emker@agrenska.se)





## ANSÖKAN TILL SYSKONVISTELSE PÅ ÅGRENSKA

	Datum	Vecka	År	Sista ansökningsdag
Syskonvistelse (vi som mist)	11-15 juni	24	2018	5 april (förlängd till 3 maj)

Personuppgifter				
Förnamn		Född år	Mån	Dag
Efternamn				
Adress				
Postnr	Ort			
Mobil	Tel bostad			
E-post adress				
Län				
Kost/Allergi <input type="checkbox"/> Normal kost <input type="checkbox"/> Vegetarisk kost <input type="checkbox"/> Glutenfri kost <input type="checkbox"/> Laktosfri kost <input type="checkbox"/> Specialkost <input type="checkbox"/> Allergi				
Specificera annan kost				
Allergi				
Grundskola	Åk	Annan skolform	Åk	

Förälder 1		Förälder 2	
Förnamn		Förnamn	
Efternamn		Efternamn	
Tel bostad	Mobil	Tel bostad	Mobil
E-post adress		E-post adress	

Mitt syskon var född:	Mitt syskon avled:
-----------------------	--------------------

Anländer till Göteborg med  Bil  Tåg  Flyg

Deltagit i tidigare vistelse på Ågrenska  Nej  Ja, vilket år \_\_\_\_\_ vistelse \_\_\_\_\_

**Signatur vårdnadshavare och barn från 16 år.**

Enligt nya dataskyddsförordningen, GDPR krävs samtycke från vårdnadshavare och barn från 16 år för registrering av personuppgifter, se nedan

Förälder 1

Förälder 2

Barn/ungdom från 16 år

Genom att lämna uppgifter om din person godkänner du att Ågrenska registrerar dina uppgifter i vårt administrativa system. Vi använder uppgifterna i våra interna register, för uppföljning och för att skicka information om våra verksamheter. Dessutom kan dina uppgifter vid behov användas vid kontakt med konsultsjuksköterska, syskonstödjare och Barncancerfonden i samband med ansökan.

Därutöver lämnar vi inte ut uppgifterna till annan person eller verksamhet.

Du har möjlighet att få tillgång till de uppgifter vi registrerar om dig, få dem rättade, få dem raderade och få dem flyttade.

**Ansökan sändes till: Ågrenska, Clary Cameras, Box 2058, 436 02 Hovås**