



ANSÖKAN TILL VUXENVISTELSE PÅ ÅGRENSKA

| | Datum | Vecka | År | Sista ansökningsdag |
|-----------------------|-----------------|-------|------|---|
| Ehlers-Danlos syndrom | 28 feb – 2 mars | 9 | 2018 | 7 februari Besked om plats lämnas 9 februari |

| Personuppgifter | | | |
|--|------------|---------|------------|
| Förnamn | | Född år | Mån Dag |
| Efternamn | | | |
| Adress | | | |
| Postnr | Ort | | |
| Mobil | Tel bostad | | |
| E-post adress | | | |
| Län | | | |
| Kost/Allergi <input type="checkbox"/> Vegetarisk kost <input type="checkbox"/> Glutenfri kost <input type="checkbox"/> Laktosfri kost <input type="checkbox"/> Specialkost <input type="checkbox"/> Allergi | | | |
| Specificera specialkost | | | |
| Allergi | | | |
| Fick min diagnos år | | | |
| Mina kontaktuppgifter får finnas med på deltagarlistan <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | | | |

| Kontaktperson/anhörig | |
|-----------------------|--------------|
| Förnamn | Efternamn |
| Telnr | E-postadress |

Anländer till Göteborg med Bil Tåg Flyg

Övrig information: _____
