



ANSÖKAN TILL VUXENVISTELSE PÅ ÅGRENSKA

	Datum	Vecka	År	Sista ansökningsdag
Ehlers-Danlos syndrom, kärltyp	28 febr – 2 mars	9	2018	9 januari

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: _____

