



ANSÖKAN TILL VUXENVISTELSE PÅ ÅGRENSKA

	Datum	Vecka	År	Sista ansökningsdag
Dystrofia myotonika	26-28 mars	13	2018	22 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			
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: _____

