

ANSÖKAN OM BIDRAG TILL LÄGERVISTELSE

UPPGIFTER OM SÖKANDEN

Namn		Personnummer
Adress		
Postnummer	Ort	
Telefonnummer	E-post	

LÄGERBESKRIVNING

Ange tid, plats, innehåll samt kostnader

VÅRDARE/ASSISTENT/MEDHJÄLPARE/MEDRESENÄR

Namn på eventuell medföljande vårdare/assistent e d

Ort och datum

Namnteckning

Namnförtydligande

Ansökan insändes till:

Jonas Lundgren
Landstinget i Kalmar län
Landstingsservice
Box 601
391 26 KALMAR

BIFOGA EVENTUELL INBJUDAN
ELLER ANNAN INFORMATION OM
LÄGRET TILL DENNA ANSÖKAN!