



insieme ostschweiz

- Ich wünsche weitere Informationen
- Beitritt: Aktiv-Mitgliedschaft (Eltern, Geschwister, gesetzl. Vertreter)
- Beitritt Menschen mit einer geistigen Behinderung
- Beitritt: Passivmitglied
- Beitritt: Gönnermitglied

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Name des Kindes: _____

Jahrgang: _____

IV-Nummer _____

Gesetzl. Vertreter: _____

Adresse: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Sekretariat: Rosenbergstrasse 80, Postfach 1017, 9001 St. Gallen
Telefon 071 222 92 77 Fax 071 222 92 76
E-Mail: sekretariat@insieme.ostschweiz.ch
www.insieme-ostschweiz.ch