

# ANMELDUNG

## Familienerholung in der Caritas Inseloase



Caritas Gesundheitszentrum  
für Familien Norderney GmbH  
Fachstelle Belegung  
Harsewinkelgasse 19

48143 Münster

Termin: vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name/Vornamen der Teilnehmer	Geb.-Datum	Beruf
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Anschrift:**

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Bundesland \_\_\_\_\_

verheiratet     alleinreisend     alleinerziehend

**Wir haben bereits an Familienferienmaßnahmen teilgenommen:**

Jahr: \_\_\_\_\_ Familienferienstätte in: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Besondere Gründe für den Aufenthalt an der See:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_