

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

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

Rollstuhlfahrer\*in

Betreuung oder Fahrdienst benötigt?

Ja

Nein

Wenn Fahrdienst benötigt, bitte Treffpunkt ankreuzen:

Marburg(TP1)  Kirchhain(TP2)

Dautphe(TP3)  Gladenbach(TP4)

Wenn Betreuung benötigt, Abrechnung Betreuung:

Selbstzahler

Entlastungsleistung

Verhinderungspflege

Eingliederungshilfe

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer\*in  
oder Rechtliche/r Vertreter\*in



FaBiKu

Familie | Bildung | Kultur



Anmeldung

April, Mai & Juni 2024

Lebenshilfewerk Marburg-Biedenkopf  
FaBiKu Anmeldungen  
Leopold-Lucas-Str. 11  
35037 Marburg  
Tel.: 06421—35029 47

Anmeldung Programm April 2024

FaBiKu ERW

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

Rollstuhlfahrer\*in

Bitte kreuzt eure Wunschveranstaltung an, wir melden uns bei euch!

Ihr bekommt von uns eine Bestätigung, wenn ihr einen Platz bekommen habt.

Do, 04.04.24   
Sa, 06.04.24   
Sa, 20.04.24   
Sa, 27.04.24

Bitte Treffpunkt ankreuzen:

Marburg(TP1)  Kirchhain(TP2)  
 Dautphe(TP3)  Gladenbach(TP4)

Abrechnung Betreuungskosten:

Selbstzahler   
Entlastungsleistung   
Verhinderungspflege   
Eingliederungshilfe

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer\*in  
oder Rechtliche/r Vertreter\*in

Anmeldung Programm Mai 2024

FaBiKu ERW

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

Rollstuhlfahrer\*in

Bitte kreuzt eure Wunschveranstaltung an, wir melden uns bei euch!

Ihr bekommt von uns eine Bestätigung, wenn ihr einen Platz bekommen habt.

Sa, 04.05.24   
Sa, 11.05.24   
Sa, 18.05.24   
Sa, 25.05.24

Bitte Treffpunkt ankreuzen:

Marburg(TP1)  Kirchhain(TP2)  
 Dautphe(TP3)  Gladenbach(TP4)

Abrechnung Betreuungskosten:

Selbstzahler   
Entlastungsleistung   
Verhinderungspflege   
Eingliederungshilfe

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer\*in  
oder Rechtliche/r Vertreter\*in

Anmeldung Programm Juni 2024

FaBiKu ERW

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

Rollstuhlfahrer\*in

Bitte kreuzt eure Wunschveranstaltung an, wir melden uns bei euch!

Ihr bekommt von uns eine Bestätigung, wenn ihr einen Platz bekommen habt.

Sa, 08.06.24   
Sa, 15.06.24   
Sa, 22.06.24   
Sa, 29.06.24

Bitte Treffpunkt ankreuzen:

Marburg(TP1)  Kirchhain(TP2)  
 Dautphe(TP3)  Gladenbach(TP4)

Abrechnung Betreuungskosten:

Selbstzahler   
Entlastungsleistung   
Verhinderungspflege   
Eingliederungshilfe

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer\*in  
oder Rechtliche/r Vertreter\*in