

Anmeldebogen für Reise

**Freundeskreis – Mibb  
Pinneberger Chaussee 13  
22523 Hamburg**

**BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!!!**

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

Adresszusatz: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Stadt: \_\_\_\_\_

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

Tel.: \_\_\_\_\_

- |  |                     |
|--|---------------------|
| <input type="radio"/> Seminarreise: Sexualität       | 02.03. - 06.03.2026 |
| <input type="radio"/> Center Parcs Bispingen         | 16.03. - 20.03.2026 |
| <input type="radio"/> Mallorca                       | 15.04. - 22.04.2026 |
| <input type="radio"/> Sankt Peter Ording             | 04.05. - 08.05.2026 |
| <input type="radio"/> Natur- und Reitfreizeit        | 17.05. - 24.05.2026 |
| <input type="radio"/> Dänemark 1                     | 30.05. - 06.06.2026 |
| <input type="radio"/> Dänemark 2                     | 13.06. - 20.06.2026 |
| <input type="radio"/> Amrum                          | 06.07. - 12.07.2026 |
| <input type="radio"/> Deichbrand Festival            | 15.07. - 20.07.2026 |
| <input type="radio"/> Sankt Peter Ording             | 17.08. - 25.08.2026 |
| <input type="radio"/> Seedorf                        | 10.09. - 18.09.2026 |
| <input type="radio"/> Natur- und Reitfreizeit Herbst | 05.10. - 11.10.2026 |
| <input type="radio"/> Center Parcs Bispingen         | 16.11. - 20.11.2026 |

Mit meiner Unterschrift, ggf. des Gesetzlichen Betreuers, melde ich mich verbindlich für die angekreuzten Reisen an und erkenne die allgemeinen Geschäftsbedingungen und die Datenschutzerklärung des Freundeskreis - Mibb an. Beides einzusehen unter [www.freundeskreis-mibb.de](http://www.freundeskreis-mibb.de).

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Teilnehmers

**E-Mail: [reisen@freundeskreis-mibb.de](mailto:reisen@freundeskreis-mibb.de)**

**Fax: 040 46632583**

**Information zur eigenen Person**

Schwerbehindertenausweis: Ja  Nein

Ausweisnummer: \_\_\_\_\_

Grad der Behinderung (%) \_\_\_\_\_

Ist ein B vorhanden Ja  Nein

Wertmarke Ja  Nein

Ist ein H vorhanden Ja  Nein

Rollstuhl Ja  Nein

Gehilfe Ja  Nein

Diabetes Ja  Nein

Bekannte Allergien / Unverträglichkeiten:  
\_\_\_\_\_

Ist ein Pflegegrad vorhanden: Ja  Nein

Welcher Pflegegrad? \_\_\_\_\_

Aktuelle Wohnsituation:  
\_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift gesetzliche Betreuung

\_\_\_\_\_  
Adresse gesetzliche Betreuung