

Anmälningssblankett - TUFF-utbildning 30 augusti – 1 september 2019

Namn: _____ personnr: _____

Namn: _____ personnr: _____

Adress: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-post: _____

Namn och personnummer till barn med dövblindhet:

Namn och personnummer på medföljande syskon:

Vi/jag är förälder till barn med ___ tidig dövblindhet eller ___ senare inträffad dövblindhet

Mina/våra förkunskaper:

Vill lära mig, träna på eller repetera:

Barntillsyn önskas: _____ syskonundervisning önskas: _____

Medföljande assistent:

Anmälan skickas/mailas till nedanstående adress

Västanviks folkhögskola
Winterommes väg 5
793 92 Leksand

Tel: 0247-64130 (tal)
Fax: 0247-10165 (fax)

E-post: kurs@vastanviksfhs.se
Hemsida: www.vastanviksfhs.se