

GESCHWISTERTAG



19.01./16.02./30.03./27.04./25.05./29.06./28.09./26.10./30.11.2019

sonntags von 10:00 bis 16:00 Uhr

Anmeldung

Hiermit melde ich meine Tochter, meinen Sohn für den Geschwistertag am
.....*bitte Datum einfügen*.....verbindlich an:

Name:

Alter/Geb. Datum:

Anschrift:

Telefon:

Emailadresse:

Ort, Datum

Unterschrift

Amb. Kinderhospizdienst
Hospiz Team Nürnberg e.V.

Geschwisterkinder

Deutschherrnstr. 15-19

90429 Nürnberg

Tel: 0911 89 12 05 10

0178 6388986

www.hospiz-team.de

Anmeldung bis spätestens 1 Woche vorher schicken an: heimstaedtvanweert@hospiz-team.de Adr. s.o.

GESCHWISTERTAG

19.01./16.02./30.03./27.04./
25.05./29.06./28.09./26.10./
30.11.2019

WIR TREFFEN UNS
UND TAUSCHEN UNS
AUS. WIR SAMMELN
IDEEN, FRAGEN UND
WÜNSCHE

ZUSAMMEN ERKUNDEN WIR
UNSERE MÖGLICHKEITEN



SPIEL, SPASS UND
GEMEINSAMES ESSEN

PLANEN UND FREUEN
AUFS NÄCHSTE MAL

LEITUNG: BETTINA FRANKE
UND TEAM