



Einmal im Monat, samstags von 10:00 bis 16:00 Uhr

Anmeldung

Hiermit melde ich meine Tochter, meinen Sohn für den *Geschwistertag* am 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: b.a.franke@freenet.de Adr. s.o.

GESCHWISTERTAG



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

SPIEL, SPASS UND
GEMEINSAMES ESSEN

PLANEN UND FREUEN
AUFS NÄCHSTE MAL

ZUSAMMEN ERKUNDEN WIR
UNSERE MÖGLICHKEITEN

LEITUNG: BETTINA FRANKE
UND TEAM

