**Mitgliedschaft/Unterstützungsbeiträge**

Personalien

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |  |
| Strasse |  | PLZ/ Ort |  |
| Telefon |  | | |
| E-Mail |  | | |

Ich unterstütze das Entlastungsangebot mit

|  |
| --- |
| einer Mitgliedschaft zu CHF 80 pro Jahr |
| einem Gönnerbeitrag zu CHF 30 pro Jahr |
| einer freien Spende |

Informationen und Allgemeines

|  |
| --- |
| Ich wünsche Informationen |
| Weiteres: |

|  |  |
| --- | --- |
| Ort und Datum |  |
| Unterschrift |  |

**Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung. Dadurch können Familien mit einem   
behinderten Kind entlastet werden.**