**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.**