**Anmeldung einer Kleingruppe für Ferien mit der**

**Vereinigung Cerebral Schweiz 2024**

(mindestens 3 bis maximal 8 Gäste mit Behinderungen, plus Assistenz und Reiseleitung)

Sehr geehrte Damen und Herren

Sie interessieren sich für Kleingruppenferien. Wir bitten Sie, die ganze Gruppe von Menschen mit Behinderungen hier anzumelden. Bitte füllen Sie die Anmeldung **bis spätestens am 1. Januar 2024 aus. Die Gruppen werden nach Eingang priorisiert.**

Die Vereinigung Cerebral Schweiz nimmt Ihre Wünsche entgegen und wird mit der Ansprechperson Kontakt aufnehmen.

Indem Sie uns dieses Formular zusenden, willigen Sie ein, dass die Vereinigung Cerebral Schweiz diese persönlichen Daten speichert und an Dritte (Reiseleitung, Pflegeleitung, Assistenzperson, Hotel, Fluggesellschaft, usw.) weitergeben kann, um die Leistung zu organisieren und deren Qualität zu gewährleisten.

Bitte füllen Sie für die Gruppe folgende Angaben aus:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Unsere Wunschdestination ist: | | |  | | | Art der Reise (Rundreise, Städtereise, Badeferien, Kreuzfahrt, …): | |  | | | | Zeitlicher Rahmen (Dauer und Reisemonat): | |  | | | | Wenn möglich mit folgender Reiseleitung: | |  | | | | Die Gäste (mit Behinderungen): | |  | | | | Name | Vorname | | E-Mail | Telefon | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | | O Wir haben folgende Assistenzpersonen gefunden, die uns begleiten werden. Sie heissen: | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | O Wir haben noch keine Assistenzpersonen gefunden, die uns begleiten werden. Falls wir Ihnen bekannte Assistenzpersonen anfragen sollen, nennen Sie deren Namen hier: | | | | | | Ansprechperson der Gruppe ist (Name, Vorname, Funktion, E-Mail, Telefon): | | | | |   Die Ansprechperson bestätigt mit ihrer Unterschrift die Verbindlichkeit dieser Anmeldung und erklärt sich bereit, die Koordination dieser Ferien zusammen mit der Vereinigung Cerebral Schweiz in Angriff zu nehmen. |

Ort, Datum, Unterschrift: