

ANMÄLAN TILL ALMERS HUS

Målsman 1	
E-post	Mobilnummer
Målsman 2	
E-post	Mobilnummer
Det drabbade barnets namn	Födelseår
Syskon	Födelseår
Syskon	Födelseår
Syskon	Födelseår
Adress	
Postnummer	Ort
Telefon (dagtid)	Telefon (kvällstid)
Önskad vecka (1:a hand)	Önskad vecka (2:a hand)
Anmälande sjukhus	
Ressätt	

Behöver ni spjäsäng?

Nej Ja

Har ni varit på Almers Hus tidigare?

Nej Ja Månad och år: _____

Bokningsansvarig: _____

Blanketten skickas till bokningsansvarig på ditt barncancercentra!