**Kontaktinformasjon:**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn kontaktperson: | Adresse: |
| Postnr og sted | E-post: | Mobil: |

**Deltakere (kontaktperson må også registrere seg her med fødselsdato):**

**Navn Fødselsdato Allergier / diett?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Medlem i Morbus Addison forening? | Ja: | Nei: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Behov for transport fra togstasjon/buss? | Ja: | Nei: |

|  |
| --- |
| Kommentar /spesielle hensyn/ønsker |

**Utfylt skjema sendes pr e-post til** sif.elin@gmail.com **innen 10.07.2024**