



**Anmeldeformular**  
Ambulanter Assistenzdienst  
Lebenshilfe Speyer-Schifferstadt e. V.

QM- Formular

I

Name, Vorname:	
Anschrift:	
Telefon	
E-Mail:	
Geburtsdatum	

- Ich nehme das erste Mal an den Angeboten der Lebenshilfe Speyer-Schifferstadt teil und würde gerne ein Gesprächstermin vereinbaren.

<b>Angebot</b>	<b>Februar- April</b>	<b>Mai- Juli</b>	<b>August- Oktober</b>	<b>November- Dezember</b>	<b>Fahrdienst benötigt</b>
Kochkurs 1					
Kochkurs 2					
Bowlingtreff					
Samstagstreff					
Schwimmtreff	XXXXXXX				
Fitnessstreff					

