

OBERLIN TEILHABEWELTEN

Erstanfrage beim Kooperationsverbund Autismus

Anfragende/r (Betroffene/r/ Eltern) (Name, Vorname): _____

Bitte geben Sie Ihre Kontaktdaten an:

Telefon Festnetz: _____ Telefon mobil : _____

E-Mail: _____ Adresse: _____

Auf KVA B aufmerksam geworden durch:

Interesse an:

Autismusspezifische Förderung Betreutes Einzelwohnen

Fortbildung Anderes.....

Um wen soll es gehen? (Name, Vorname) Geburtsdatum:

Liegt eine Diagnose vor?

Wenn ja, welche?

Ja Nein

Bitte beschreiben Sie kurz Ihr Anliegen:

Ich möchte Informationen bezüglich Veranstaltungen des KVA Berlin per E-Mail erhalten und bitte hiermit um Aufnahme in die Verteilerliste. Ja Nein

Wir sind damit einverstanden, dass der KVA Berlin oben gemachte Angaben zu Beratungszwecken verarbeiten darf. (lt. § 6 DSGVO).

Datum, Unterschrift

Termin

am:

bei:

OBERLIN TEILHABEWELTEN BERLIN

Kooperationsverbund Autismus

Kolonnenstr. 26 · 10829 Berlin · Tel.: 030 / 7895660-0

www.verbund-autismus-berlin.de · autismus@oberlin-teilhabe-welten.de