



HJÄLPMEDELSLISTA

Sommargårdens namn: _____ Period: / - /

Deltagarens namn: _____ Personnr: _____

**Hjälpmedel levereras direkt till gården efter insänd lista.
Hjälpmedelslistan skickas in tillsammans med blanketten "Accepterande av plats".**

Ja, jag behöver nedanstående hjälpmedel

Hjälpmedel t ex blöjor, lakansskydd	Varunummer	Storlek	Ordinarie persons adress, tel

Förälder/vårdnadshavare namn: _____

Adress: _____

Tel bost: _____ Tel arb: _____