

BEITRITTSERKLÄRUNG 2017

- Aktivmitglied / Gönner** Eltern von ADHS / POS-Kindern sowie Gönner Fr. 80.00
- Passivmitglied** Eltern von POS/ADS-Kindern nach Schulaustritt,
betroffene Erwachsene, Fachpersonen und weitere interessierte Personen Fr. 50.00
- Abo „elpost“** Nur für Fachpersonen. Beruf: _____ Fr. 25.00

*Name: _____ *Vorname(n): _____

*Strasse: _____ *Telefon: _____

*PLZ: _____ *Wohnort: _____ Email: _____

*Vorname(n) des/der Kinder: _____ *Geb.Datum: _____

*IV-Anerkennung? ja / nein

*zwingend auszufüllen

An verschiedenen Orten tauschen sich Eltern von betroffenen Kindern regelmässig in Gesprächsgruppen aus.
Haben Sie auch Interesse an diesem Angebot und möchten diesbezüglich kontaktiert werden? ja / nein

Haben Sie Interesse, sich in einem geschützten Internet-Forum mit anderen Mitgliedern auszutauschen? ja / nein

In welcher Gruppe würden Sie teilnehmen Vater Mutter Eltern Jugendliche

Sind Sie als Eltern selber von der Diagnose ADS oder ADHS betroffen? ja / nein

Gerne würden wir auch fremdsprachige Familien in der Thematik ADS/ADHS unterstützen.

Welche Fremdsprache/n werden in Ihrer Familie gesprochen? _____

Wären Sie bereit, uns bei Bedarf mit Ihrer Fremdsprache zu unterstützen? ja / nein

Welche Kurse/Referate wären für Sie von Interesse? _____

Verfügen Sie über Fähigkeiten, welche Sie dem Verein zur Verfügung stellen möchten?

Wenn ja, welche? _____

Wie sind Sie auf **elpos** Bern gestossen? _____

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____

Alle hier aufgeführten Informationen werden streng vertraulich behandelt und unterstehen dem Datenschutz.