



Indmeldelse

Udfyld en linie for hvert medlem:

Forbindelse til Tourette
sæt X

| | Patient | Forældre | Andet |
|-------|---------|----------|-------|
| Navn: | | | |
| Navn: | | | |
| Navn: | | | |
| Navn: | | | |

| | | | |
|----------|--|-----------------|--|
| Gade: | | | |
| Postnr.: | | | |
| By: | | | |
| Telefon: | | e-mail adresse: | |

Tourette patienten

| | | | |
|-------|--|-----------------|--|
| Navn: | | Fødselsdato/år: | |
|-------|--|-----------------|--|

| | | Ja | Nej |
|---------------|---|----|-----|
| Kontaktlisten | Vil du med på foreningens interne kontaktliste (X ved ja eller nej) | | |

| | |
|--------------|--|
| Underskrift: | |
|--------------|--|

| | |
|--------------------|--|
| Sendes til: | Dansk Tourette Forening Søllerødvej 76, 2840 Holte Eller e-mail: kk@tourette.dk |
|--------------------|--|