

# Indmeldelse i Dansk Tourette Forening

Udfyld en linie for hvert medlem af familien:

		Forbindelse til Tourette sæt X		
		Patient	Forældre	Andet
Navn:				
Navn:				
Navn:				
Navn:				

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

## Tourette patienten

Navn:		Fødselsdato/år:	
Navn:		Fødselsdato/år:	

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

Underskrift:	
--------------	--

<b>Sendes til:</b>	<b>Dansk Tourette Forening</b> <b>Søllerødvej 76, 2840 Holte</b> Eller <b>e-mail: dtf@tourette.dk</b>
--------------------	---