

**Kursanmeldung Familien im Austausch**

Datum: **19. bis 22. September 2025 (verbindlich)**

Ort: Blindenschule Zollikofen, Kompetenzzentrum für Sehförderung

Vorname Mutter: Nachname Mutter:

Vorname Vater: Nachname Vater:

Vorname Kind mit Sehbehinderung: Alter:

Vorname Kind mit Sehbehinderung: Alter:

Vorname Geschwister: Alter:

Vorname Geschwister: Alter:

Vorname Geschwister: Alter:

Strasse: PLZ/Ort:

Zweite Adresse, falls vorhanden:

Telefon Mutter: Mail Mutter:

Telefon Vater: Mail Vater:

**Unser Kind ………………… (Vorname) hat** (bitte ankreuzen)

Sehbehinderung: Blindheit: Mehrfachbehinderung:

Kurze Diagnose/ungefähre Sehfähigkeit:

**Unser Kind ………………… (Vorname) hat** (bitte ankreuzen)

Sehbehinderung: Blindheit: Mehrfachbehinderung:

Kurze Diagnose/ungefähre Sehfähigkeit:

**Anmeldung**

Bitte senden Sie die Anmeldung bis spätestens am **30. April 2025** an:

i.bobst@blindenschule.ch

oder

Blindenschule Zollikofen

Isabelle Bobst

Kirchlindachstrasse 49

3052 Zollikofen

**Bitte beachten Sie:** Die Anzahl Teilnehmende ist beschränkt. Die Kursleitung wird sich nach Anmeldeschluss bei allen Familien melden.

**Leitung und Auskunft**

Bei Fragen dürfen Sie mich gerne kontaktieren.

Isabelle Bobst, i.bobst@blindenschule.ch, 079 865 46 80