

An

Körperbehindertenverein Ostwürttemberg
Postfach 1828

73408 Aalen

Anmeldung:

Die Reihenfolge der Anmeldung ergibt sich aus dem Eingangsdatum der Bezahlung.

Anmeldeschluss ist der 29.02.2024.

Nach Eingang des vollen Betrags pro Reiseteilnehmer auf unser Konto bekommen Sie eine Anmeldebestätigung.

Bankverbindung:

KSK Ostalb

IBAN DE32 6145 0050 0110 0365 00

BICOASPDE6AXXX

Anschrift:

Caritashaus St. Elisabeth

Raitenharter Str. 18

84503 Altötting

Telefon: 08671 / 957708 -0

Fax: 08671 / 957708 -88

E-Mail: caritas-st.elisabeth@t-online.de

Internet: www.hasumitherz.de

Familienfreizeit
des KBVO



Caritashaus St. Elisabeth

Altötting

17.05.2024 – 22.05.2024



Einladung

zur

Familienfreizeit für Mitglieder des KBVO e.V. und deren Angehörige

vom Freitag, 17.05.2024
bis Mittwoch, 22.05.2024
fahren wir nach Altötting

Ausflüge und Aktivitäten:

Bei unserem Vortreffen am Samstag den
27. April 2024 um 15.00 Uhr im Treff-
punkt in Unterkochen vorgestellt und
besprochen.

Unterkunft:

Die Unterkunft erfolgt in behaglich
eingerichteten Einzel und Doppelzim-
mern mit Halbpension.

Hinweis

Bei Teilnehmern mit gesetzlichem Be-
treuer muss auch der Betreuer der An-
meldung zustimmen.

Anreise :

Hin- und Rückfahrt erfolgt im Privat-PKW
auf eigene Kosten und Regie.

Der Verein wird für die Nicht-Selbstfah-
rer einen Bus anmieten, der mit den Bus-
reisenden direkt abgerechnet wird.

Kosten:

Pro Zimmer für 5 Übernachtungen mit
Halbpension im Dreibettzimmer: 810 €,
im Doppelzimmer: 650 €, im Einzelzim-
mer: 380 €,
Inklusive diverse Eintrittspreise.

Reiserücktrittsversicherung:

Für eine Reiserücktrittsversicherung
ist jeder Teilnehmer selbst verantwort-
lich.

Pflegebedürftige:

müssen selbst für einen Betreuer sorgen.
Wir haben kein Fachpersonal

Bezahlung:

**Achtung: Nur wer bezahlt hat kann auch
mitfahren!**

Anmeldung: (Anmeldeschluss ist der **02.02.2024**)

Hiermit melde/n ich/wir uns zur Familienfreizeit 2024 an:

Unterschrift Teilnehmer/Betreuer _____

Name, Vorname: _____

Anzahl Personen insgesamt: _____

Straße: _____

davon

Rollstuhlfahrer: _____

PLZ, Ort: _____

Pflegebett_ (Ja/Nein) _____

Telefon: _____

Jugendliche (12 – 17 J.): _____

E-Mail: _____

Erwachsene: _____