

# Anmälan

afasikurs distans



## Edelviks folkhögskola

Anmälan skickas till Edelviks folkhögskola, 937 32 Burträsk

Anmälan till höstterminen

Anmälan till vårterminen

---

Namn \_\_\_\_\_ Personnr \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Postnr \_\_\_\_\_ Postadress \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

---

### Anhörig

Namn: \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Det går bra att kontakta

anhörig med ev. frågor Ja

Nej

---

### Logopedintyg

Jag bifogar ett intyg där logoped skriver min diagnos

### Underskrift

---

Ort

---

datum

---

Namn-teckning