

Ansökan till Stenfasta 2018

NAMN _____

Personnr _____

Adress _____

Postnr och ort _____

Telefon _____

Har du varit på Stenfasta tidigare? Ja ____ Nej ____ (kryssa för alternativ)

Vilken period vill du boka? _____

Har du några **sjukdomar, mediciner** eller **allergier, även mat allergier/ vegetarian** som vi bör känna till?

OBS! Vi har ingen medicindelning. Du behöver själv kunna ta dina mediciner för att kunna bo på Stenfasta.

Övriga upplysningar t ex hur stort hjälpbehov du har, rollator/ rullstol, kan gå i trappor:

NÄRMASTE ANHÖRIG

Namn _____

Telefon _____

Mobil _____

Datum _____

**Ansökan skickas till:
Äldrecenter/Stenfasta
Fleminggatan 66
112 45 Stockholm**

OBS! Efter att bokningsbekräftelse erhållits krävs avbokning senast 14 dagar före vistelse. Att inte betala räcker inte för avbokning.