|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Beitrittserklärung für Aktivmitglieder** | | | | | | |
| Ich erkläre hiermit den Beitritt als Aktivmitglied zu Procap mit der Verpflichtung, die Statuten sowie die Beschlüsse des Verbandes anzuerkennen. | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Sektion**: **Schwyz** | |  | | | | |
| Name: | | Vorname: | | | | |
| Strasse: | | Geschlecht: männlich weiblich | | | | |
| PLZ Ort: | | Tel. P: | | | | |
| Tel. Mobil: | | Tel. G: | | | | |
| E-Mail: | | Beruf: | | | | |
| Sozialversicherungs-Nummer (AHV-Nr.) | | 756. | | | | |
| Geburtsdatum: | | Zivilstand: | | | | |
| Bürgerort: | | Nationalität: | | | | |
| Bei gesetzlicher Vertretung  Name und Adresse | |  der Eltern oder   der Vertretung | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
| Geworben durch: | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
| **Behinderung** (es können mehrere Behinderungen angekreuzt werden) | | | | | | |
|  |  |  | |  | | |
| Code | | Code | | | | |
|  |  |  |  | | | |
| 100  geistige-/Lernbehinderung | | 500  psychische Behinderung | | | | |
| 200  Hörbehinderung | | 600  Sehbehinderung | | | | |
| 300  Körperbehinderung | | 700  Sprachbehinderung | | | | |
| 400  Krankheitsbehinderung | | 800  Suchtbehinderung | | | | |
|  | | | | | | |
| Bei Mehrfachbehinderung, bitte Hauptbehinderungscode angeben: | | | | |  |  |
|  | | | | | | |

Datum: Unterschrift:

Weitere Auskünfte erteilt Procap Schwyz, Postfach 48, 6431 Schwyz

Tel. 041 832 18 43 [procap.schwyz@bluewin.ch](mailto:procap.schwyz@bluewin.ch) www.procap-schwyz.ch