

FÖRENINGEN  
*Annikas  
minnesfond*

**En dag som gör skillnad**

Barnets namn.....Födelsedatum.....

Barnets diagnos.....

Barnets önskan med motivering

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Sökandes namn.....

Adress.....

Telefon.....E-postadress.....

Datum.....

Underskrift.....

Blanketten lämnas till Amanda Nilsson eller Marie-Rose Andersson Barn- och ungdomskliniken USÖ

Skickas till Annikas minnesfond, Box 300, 701 46 Örebro eller kontakt@annikasmnnesfond.se