

Anmeldung für Angehörige von Inhaftierten in einem St. Galler Gefängnis

Datum _____

Erfasst <input type="checkbox"/>	Termin:
	Termin:
	Termin:
	Termin:

Anmeldende Person

Name

Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Mobiltelefon

Telefon Privat

E-Mail

Sprache

Geburtsdatum

Nationalität

Begleitperson

Name

Vorname

Wir bitten Sie dieses Dokument vollständig auszufüllen. Bei Fragen oder Unklarheiten stehen wir Ihnen selbstverständlich zur Verfügung. Gerne können Sie sich auch während den Öffnungszeiten direkt bei uns auf der Beratungsstelle anmelden.

Wir bitten Sie zu beachten: Vereinbarte Termine müssen mindestens 24h vorher abgesagt werden, wenn Sie sie nicht wahrnehmen können.

Die Richtigkeit der Angaben wird mit der Unterschrift bestätigt und die Anmeldung ist **verbindlich**.

Unterschrift
