

Anmeldung

Name, Vorname: Geb. Datum:

Name des Erziehungsberechtigten:

Straße: PLZ – Wohnort:

Tel. - Nr./Handy:

Krankenkasse:

Teilnahme des Durchganges von bis

Hat Ihr Kind Krankheiten? (z.B. Asthma, Allergie) Ja Nein

Wenn ja, welche ?

.....
.....

Muß Ihr Kind Medikamente nehmen ? Ja Nein

Wenn ja, welche und wann ?

Erlaubnis zur Medikamenten Verabreichung erteilt ? Ja Nein

Sonstiges:

.....

**Bei Anmeldung sind 50 % des Teilnehmerbetrages zu entrichten.
Stornierung / Abmeldung bis 3 Wochen vor Beginn 0 % Kosten, dann 25 % .
Restbetrag am 1.Tag der Teilnahme.**

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift