

Name Teilnehmer/in:		M	W
Geburtsdatum:		Schule:	
Name Erziehungsberechtigte/r:			
Wohnort:		Straße:	
Telefon privat:		Telefon geschäftlich:	
E-Mail:			
Tetanusimpfung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am _____ Masernimpfung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am _____			
Ist eine regelmäßige Medikamenteneinnahme notwendig? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____			
Unverträglichkeiten/Allergien (z. B. Nahrungsmittel, etc.) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____			
Mein Kind darf nach dem Programm alleine nach Hause gehen. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
Wunschpartner (1x):			
Ich gestatte, dass von meinem Kind Bilder während der Veranstaltung gemacht werden dürfen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Beitrag <u>ohne</u> Mittagessen 60,- € <input type="checkbox"/> <u>mit</u> Mittagessen 130,- € <input type="checkbox"/>			
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben. Alzey,			