

Vorname, Name:		
Adresse:		
Telefon (privat und mobil):		
Geburtsdatum:		
Name des/ der Erziehungsberechtigten:		
Mein/ unser Kind hat folgende Allergien:		
Mein/ unser Kind muss folgende Medikamente einnehmen:		
Wer soll mit in die Zeltgruppe?		
VegetarierIn:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
SchwimmerIn:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Badeerlaubnis:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Falkenmitglied:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ich zahle den vollen Teilnahmebeitrag:	<input type="radio"/> ja (255,-) <input type="radio"/> nein (235,-)	
Ratenzahlung nötig:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
		Höhe der Raten in Euro:
		Zahlungstermine:

Ich habe die Teilnahmebedingungen auf der Rückseite der Ausschreibung gelesen und stimme ihnen mit meiner Unterschrift zu.

Ort, Datum:
-------------

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kindes

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten