

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon / Handy: _____

E-Mail: _____

Besonderheiten bzgl. _____

Ernährung: _____

Krankheiten / _____

Medikamente / Allergien _____

Name der _____

Erziehungsberechtigten: _____

Notfallkontakt: _____

Bezirk bzw. Funktion: _____

- ☐ Mein Sohn / meine Tochter darf das Gelände unbeaufsichtigt in Dreiergruppen verlassen.

Mit dieser Anmeldung stimme ich / stimmen wir den Teilnahmebedingungen des VCP Land Niedersachsen zu (vgl. www.vcp-niedersachsen.de → Termine).

Anmerkungen:

Unterschrift Teilnehmer*in / Personensorgeberechtigte*r

An: VCP Land Niedersachsen, Meterstraße 16, 30169 Hannover