

Anmeldung zu:

---



VERBAND CHRISTLICHER  
PFADFINDERINNEN UND  
PFADFINDER

Land Niedersachsen

**Name:**

**Geburtsdatum:**

**Adresse:**

**Telefon / Handy:**

**E-Mail:**

**Besonderheiten bzgl.**

**Ernährung:**

**Krankheiten /**

**Medikamente / Allergien**

**Name der**

**Erziehungsberechtigten:**

**Notfallkontakt:**

**Bezirk bzw. Funktion:**

- Mein Kind darf das Gelände unbeaufsichtigt in Dreiergruppen verlassen.

Ich bin damit einverstanden, dass von meinem Kind Fotos gemacht werden und für die Öffentlichkeitsarbeit des VCP Land Niedersachsen verwendet werden:                       Ja                       Nein

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

Anmerkungen:

---

---

Unterschrift Teilnehmehemer:in und Personensorgeberechtigte:r