



# CEVI HOMBRECHTIKON

## ANMELDEFORMULAR TEILNEHMER (Fröschli)

### Teilnehmer

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

v/o(falls schon vorhanden): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

---

### Eltern

Name: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Notfall Tel: \_\_\_\_\_

---

### Arzt

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

---

### Allergien:

### Medikamente

- Heuschnupfen: \_\_\_\_\_
- Bienen-/Wespenstiche: \_\_\_\_\_
- Asthma bei / nach: \_\_\_\_\_
- Lebensmittel (Produkt): \_\_\_\_\_
- Medikamente (Wirkstoff): \_\_\_\_\_

### Bemerkungen:

( Rückenleiden, Ergänzungen zu Allergien, Sonstiges)

Fotos die während den Programmen oder in den Lagern gemacht werden können zu Werbezwecken (Cevi-Magazin, Website, Plakate, etc )verwendet werden. Sollte dies ein Problem darstellen, bitten wir Sie uns dies mitzuteilen.

Versicherung ist Sache der Teilnehmer.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift d. gesetzlichen Vertreters: \_\_\_\_\_