



CEVI HOMBRECHTIKON

ANMELDEFORMULAR TEILNEHMER

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: _____