

Teilnehmerliste

Bavarian Youth Camp 2022



Persönliche Angaben des/der Athleten*in

Name, Vorname
Geburtsdatum
Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort

Unverträglichkeiten/Allergien/Medikamente:
Krankenkasse
Name, Vorname Erziehungsberechtigte*r
Telefonnummer Erziehungsberechtigte*r (im Notfall erreichbar unter:)

Hiermit versichere ich die Richtigkeit der Angaben und dass ich das Merkblatt Verhaltensregeln und die Foto- und Filmfreigabe akzeptiere.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte*r

Persönliche Angaben des/der Athleten*in

Name, Vorname
Geburtsdatum
Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort

Unverträglichkeiten/Allergien/Medikamente:
Krankenkasse
Name, Vorname Erziehungsberechtigte*r
Telefonnummer Erziehungsberechtigte*r (im Notfall erreichbar unter:)

Hiermit versichere ich die Richtigkeit der Angaben und dass ich das Merkblatt Verhaltensregeln und die Foto- und Filmfreigabe akzeptiere.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte*r

Persönliche Angaben des/der Athleten*in

Name, Vorname
Geburtsdatum
Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort

Unverträglichkeiten/Allergien/Medikamente:
Krankenkasse
Name, Vorname Erziehungsberechtigte*r
Telefonnummer Erziehungsberechtigte*r (im Notfall erreichbar unter:)

Hiermit versichere ich die Richtigkeit der Angaben und dass ich das Merkblatt Verhaltensregeln und die Foto- und Filmfreigabe akzeptiere.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte*r

Teilnehmerliste

Bavarian Youth Camp 2022



Persönliche Angaben des/der Athleten*in

Name, Vorname
Geburtsdatum
Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort

Unverträglichkeiten/Allergien/Medikamente:
Krankenkasse
Name, Vorname Erziehungsberechtigte*r
Telefonnummer Erziehungsberechtigte*r (im Notfall erreichbar unter:)

Hiermit versichere ich die Richtigkeit der Angaben und dass ich das Merkblatt Verhaltensregeln und die Foto- und Filmfreigabe akzeptiere.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte*r

Persönliche Angaben des/der Athleten*in

Name, Vorname
Geburtsdatum
Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort

Unverträglichkeiten/Allergien/Medikamente:
Krankenkasse
Name, Vorname Erziehungsberechtigte*r
Telefonnummer Erziehungsberechtigte*r (im Notfall erreichbar unter:)

Hiermit versichere ich die Richtigkeit der Angaben und dass ich das Merkblatt Verhaltensregeln und die Foto- und Filmfreigabe akzeptiere.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte*r

Persönliche Angaben des/der Trainer*in

Name, Vorname
Geburtsdatum
Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort

Hiermit versichere ich die Richtigkeit der Angaben und dass ich das Merkblatt Verhaltensregeln und die Foto- und Filmfreigabe akzeptiere.

Hiermit bestätigen wir die Mitgliedschaft in einem eingetragenen Verein des BLSV.

Ort, Datum

Unterschrift Trainer*in / Stempel Verein