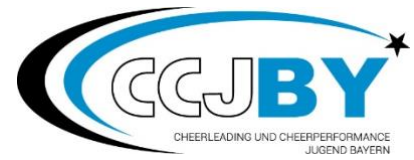


# Teilnehmerliste



## **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 20\_\_\_\_



## **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