



Name _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon/Handy _____

e-Mail _____

**Besonderheiten
bezgl. Ernährung** _____

**Krankheiten/Medi-
kamente/Allergien** _____

**Name der
Erz.berechtigten** _____

Notfallkontakt _____

Stamm _____

Ansprechperson _____

VCP-Mitglied Ja Nein

Mit dieser Anmeldung stimme ich/stimmen wir den Teilnahmebedingungen des VCP Land Niedersachsen zu. (vgl. <http://vcp-niedersachsen.de/intern/dateien01/Veranstaltungen%20Teilnahmebedingungen.pdf>).

Anmerkungen:

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Name _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon/Handy _____

e-Mail _____

**Besonderheiten
bezgl. Ernährung** _____

**Krankheiten/Medi-
kamente/Allergien** _____

**Name der
Erz.berechtigten** _____

Notfallkontakt _____

Stamm _____

Ansprechperson _____

VCP-Mitglied Ja Nein

Mit dieser Anmeldung stimme ich/stimmen wir den Teilnahmebedingungen des VCP Land Niedersachsen zu. (vgl. <http://vcp-niedersachsen.de/intern/dateien01/Veranstaltungen%20Teilnahmebedingungen.pdf>).

Anmerkungen:

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r