



Kursanmeldung IV- Berechtigte

Kurs Datum:	.....	Kurs Name:	.....
Vorname:	.....	Nachname:	.....
Adresse:	.....	Hausnummer:	.....
Postleitzahl:	.....	Ort:	.....
Telefon:	.....	E- Mail:	.....

Bitte teilen Sie uns mit, falls Allergien oder sonstige Erkrankungen vorliegen.

.....

Hinweis:

Mit Ihrer Unterschrift zur Teilnahme an unserer Veranstaltung bestätigen Sie, dass alle von Ihnen gemachten Angaben wahrheitsgemäss und richtig sind. Bitte heften Sie jeweils eine Kopie Ihres Ausweises und einen IV- Nachweis mit an das Formular.

Datum, Unterschrift Teilnehmer/- in: