

Anmeldebogen Erwachsene



Name und Vorname des Teilnehmers

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, PLZ und Ort

Telefonnummer

E-Mail

Mitglied (Ja/Nein)

Ich leide an diesen Krankheiten oder Allergien

Ich muss aufgrund ärztlicher Verordnung ständig bzw. zurzeit des Zeltlagers die nachfolgend
aufgeführten Medikamente einnehmen _____

Ich darf aus gesundheitlichen Gründen die angegebenen Lebensmittel nicht essen

Ich bin:

Vegetarier

Veganer

Diabetiker

Arzt und Krankenkasse

Name, Anschrift, Telefon Hausarzt _____

Name und Anschrift der Krankenkasse _____

ggf. Name des Hauptversicherten _____

Salat- und/oder Kuchenspenden (Sorte und Anzahl):

Die Anmeldung wird verbindlich mit Überweisung des Teilnahmebetrages bis spätestens zum
22.06.2019 auf das angegebene Konto der Faasend Rebellen (siehe Einladung o. extra Blatt)

Bitte bei der Überweisung den Namen angeben. Nach bindender Anmeldung ist die Rückerstattung nur mit
ärztlichem Attest möglich.

Ort und Datum

Unterschrift