

**Anmeldung für das Zeltlager der Faasend Rebellen für Erwachsene**  
**(pro Teilnehmer 1 Anmeldung)**

\_\_\_\_\_  
Name des Teilnehmers

\_\_\_\_\_  
Vorname des Teilnehmers

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Vorwahl und Rufnummer

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Mitglied (Ja/Nein)

\_\_\_\_\_  
Email (wichtig für Infos)

Ich melde mich für folgende Übernachtungen an: (bitte ankreuzen)  
 alle       Do/Fr       Fr/Sa       Sa/So

\_\_\_\_\_  
Ich leide an folgenden Krankheiten oder Allergien:

\_\_\_\_\_  
Ich darf aus gesundheitlichen Gründen folgende Lebensmittel nicht essen:

Ich bin: (bitte ankreuzen)  
 Vegetarier       Veganer       Diabetiker

Ich muss aufgrund ärztlicher Verordnung ständig bzw. zurzeit des Zeltlagers nachfolgend aufgeführte  
Medikamente einnehmen:

\_\_\_\_\_

**Arzt und Krankenkasse**

Name, Anschrift, Telefon Hausarzt \_\_\_\_\_

Name und Anschrift der Krankenkasse \_\_\_\_\_

ggf. Name des Hauptversicherten \_\_\_\_\_

**Salat- und/oder Kuchenspenden:**

\_\_\_\_\_

**Anmeldung**

Hiermit melde ich mich zum Zeltlager der Faasend Rebellen an. Die Anmeldung wird verbindlich mit  
Überweisung des Teilnahmebetrages bis spätestens zum **26.5.2018** auf das Konto der KG Saarlouis-  
Steinrausch e.V. Faasend Rebellen (siehe Einladung).

Nach bindender Anmeldung ist die Rückerstattung nur mit ärztlichem Attest möglich.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift