****Muster für Verbandsgruppen: Anmeldeformular

Anmeldeformular

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | Vorname: |  |
| Straße: |  |
| PLZ/Ort: | ( ) |
| Geb.Tag: |  | Tel: |  |
| E-Mail (ggf. der Eltern): |  |
| Ausweisnummer:[[1]](#footnote-1) |  |
| Ich habe/mein(e) Tochter/Sohn hat folgende (Lebensmittel-)Unverträglichkeiten: |
|  |
| Weitere Bemerkungen: |
|  |
| Handynummern (des/der Personensorgeberechtigten) für evtl. Notfälle: |
|  |
| Name der Krankenversicherung: |
|  |
| Letzte Tetanusimpfung: |  | Zeckenschutzimpfung: |  |
| Allergien und sonstige Hinweise: |
|  |
| Notwendige Medikamente und Dosierung: |
|  |

1. wird nur bei Auslandsaufenthalten benötigt [↑](#footnote-ref-1)