

Schützengilde 1804 Erkenschwick e.V.
Abt. Bogensport

Einverständniserklärung der Eltern/Erziehungsberechtigten

Vorname, Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort: _____

Ich bin einverstanden, dass mein Sohn/meine Tochter an der Veranstaltung

Titel: Halloweenparty _____

Ort, Zeitraum von bis: _____

teilnimmt.

Mein Kind hat folgende Allergien oder Lebensmittelunverträglichkeiten:

Mein Kind nimmt folgende Medikamente ein: _____

Ich bin kurzfristig erreichbar unter der Telefonnummer: _____

Den Anweisungen der Aufsichtspersonen Sascha Lahm und Michel Christmann sind vor Ort Folge zu leisten. Diese übernehmen keine Haftung für Personen- oder Sachschäden an den Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Bei grobem Fehlverhalten kann mein Sohn/meine Tochter von der weiteren Teilnahme an der Veranstaltung ausgeschlossen werden.

Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

