

# ANMELDEFORMULAR

## Angaben Kursteilnehmer/Teilnehmerin

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

AHV-Nummer: \_\_\_\_\_

zu finden auf der Krankenkassenkarte

## Angaben Gesetzlicher Vormund / Eltern

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Notfall Kontakt: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die AGB und Betriebsordnung gelesen zu haben, und meine Versicherungen anzupassen.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_