

# VI**A**CTIV - Herbst-Feriencamp

Krankenkasse

des FC Schönberg 95

Name:

Vorname:

geboren am:

Tel.:

E-Mail:

Straße:

PLZ, Ort:

Verein:

## Erklärung des Veranstalters

Der Veranstalter übernimmt keine Haftung für verlorengegangene Gegenstände.

## Erklärung der Eltern

Hiermit bestätigen wir, dass unser Kind belastbar ist und an allen sportlichen und anderen Freizeitbeschäftigungen teilnehmen darf. Unser Kind wird den Anordnungen der Lehrgangsverantwortlichen Folge leisten. Bei groben Verstößen werde ich benachrichtigt und mein Kind wird von der weiteren Teilnahme ohne einen weiteren Leistungsanspruch ausgeschlossen.

Besonderheiten (med. Versorgung o. ä.):

Konfektionsgröße:

Tel.-Nr. im Notfall:

Datum / Unterschrift der Erziehungsberechtigten

## Ihr Kontakt für Rückfragen:

FC Schönberg 95  
Rudolf-Hartmann-Str. 15  
23923 Schönberg  
Tel.: 038828/21667  
Fax: 038828/23448  
E-Mail: sportbüro@fcschoenberg95.de

## Bankverbindung:

Sparkasse Mecklenburg-Nordwest  
IBAN: DE 49140510001006016852  
Betreff: VI**A**CTIV Herbst-Feriencamp  
zzgl. Name des Teilnehmers