**Verbindliche Anmeldung**

**Ferienprogramm 11.-15.10.21 Bewegungszentrum**

Name, Vorname, Geburtsdatum

Straße, Hausnummer PLZ,Ort

 \_

E-Mail

Telefon Mobil

Vorerkrankungen

Medikamente, Lebensmittelallergien, Unverträglichkeiten (Vegetarier, „halal“ etc.)

Sonstiges

**Unterschrift des Erziehungsberechtigten, Datum, Ort** *Eingegangen am:*

**Telefon: 02421/502373 E-Mail: bz@ksb-dueren.de**

**Fax: 02421/56401 Internet: www.ksb-dueren.de**