

Name..... Vorname

Angaben zu Medikamenten, Krankheiten, Allergien, Unfällen etc. :
.....
.....
.....

Impfungen (Impfung gegen Wundstarrkrampf empfohlen)
UNBEDINGT MITNEHMEN:
Kopie des Krankenkassen-Versicherungsausweises

Empfehlungen der Eltern:
.....
.....
.....

Der Unterzeichnende autorisiert die Leitung der «Equitation Reculotte», die erforderlichen medizinischen Massnahmen (Arztbesuch, Einweisung ins Krankenhaus etc.) zu ergreifen, wenn es die Umstände erfordern (z.B. bei Erkrankung, Unfall etc.)

**Die Anmeldung wird gültig mit Erhalt der Anzahlung von 50 % !!!
Bei Nichtantritt erfolgt keine Rückerstattung**

Ort, Datum :

Unterschrift :

PHOTO

**REITEN MIT FRANZÖSISCHUNTERRICHT
FRÜHLING / HERBST VON BIS**
Nach Wunsch 1 oder 2 Wochen
(Sonntag, 16.00 - Samstag, 14.00)

**REITEN MIT UNTERRICHT IN PFERDEKENNTNIS
UND FREIZEITGESTALTUNG
SOMMER 2012** (Sonntag, 16.00 - Freitag, 17.00)
1 Woche 2 Wochen :

01.07. - 06.07. <input type="checkbox"/>	15.07. - 20.07. <input type="checkbox"/>	29.07. - 03.08. <input type="checkbox"/>	12.08. - 17.08. <input type="checkbox"/>
08.07. - 13.07. <input type="checkbox"/>	22.07. - 27.07. <input type="checkbox"/>	05.08. - 10.08. <input type="checkbox"/>	19.08. - 24.08. <input type="checkbox"/>

Name Vorname

Geburtsdatum Mädchen Junge

Strasse

Postleitzahl Ort

Kontakt Telefon P
 Telefon G
 Handy
 E-mail @

Name Vater Name Mutter

Vorname Vorname

Beruf Beruf

REITEN
Brevet Ja Nein Jahre Reiterfahrung

FRANZÖSISCH
Anfänger Mittel Fortgeschritten Jahre Unterricht

Unterschrift der Eltern / Erziehungsberechtigten
Ort :
Datum :

