



Anmeldeformular erlebnisorientiertes Reiten

Name/ Geb.Datum:
(Name/ Geb. Datum des Kindes)

.....

Straße/ Hausnummer:

.....

Postleitzahl/ Ort:

.....

Tel:..... E-Mail:.....

Ich/ mein Kind leidet an folgenden Allergien/ Krankheiten:

.....

Ich/ mein Kind nimmt Einheiten im Monat wahr.

Ich erkläre mich mit den Bedingungen von IRGENDWIE ANDERS einverstanden, ich habe Diese erhalten und gelesen.

Die Kündigungsfrist beträgt einen Monat zum Monatsende.

Unterschrift
(Unterschrift Erziehungsberechtigter)

Ort/ Datum:

.....