



ANMELDEFORMULAR SOMMER CIRCUSWOCHE Gars am Kamp von 15. bis 19. Juli 2024

Vor- und Nachname des Kindes

.....

Geburtsdatum:

Vers.Nr:

Straße

PLZ und Ort

.....

Vater (Name und Handynummer)

Mutter (Name und Handynummer)

.....

E-Mail

Instrument seit Jahren

Anmeldung & Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Kind

.....

bei der **Sommer Circuswoche Gars am Kamp**
von **15. bis 19. Juli 2024** teilnimmt.

täglich von 9 -12 und 13 - 16 Uhr inkl. Mittagessen (€ 350 pro Kind).
Geschwisterrabatt 10%.

in der VOLKSSCHULE Gars am Kamp, Spitalgasse 500, 3571 Gars am Kamp

Im Falle eines medizinischen Notfalls vertraue ich den Verantwortlichen der Sommer Circuswoche die Entscheidungen unter fachlich-medizinischer Begutachtung an. Die Verantwortlichen der Sommer Circuswoche melden mir einen Notfall unverzüglich.

Bitte senden Sie das Anmeldeformular
als Anhang an daniel@fufo.at.

.....
Unterschrift Vater oder Mutter