



**Aktivtag Segeln am 07.07.2017  
Anmeldung für  
Athlet/Betreuer/Eltern**

**Rückmeldung bis: 30.06.2017**

**per Fax: 089 - 1434 1839**

**per Mail: [aktivtag@specialolympics-bayern.de](mailto:aktivtag@specialolympics-bayern.de)**

\_\_\_\_\_  
(Verein/Einrichtung/Familie)

\_\_\_\_\_  
(PLZ, Ort, Straße/Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(Trainer/Betreuer/Ansprechpartner vor Ort)

\_\_\_\_\_  
(E-Mail)

\_\_\_\_\_  
(Mobilnummer)

\_\_\_\_\_  
(ggf. abweichender Ansprechpartner Anmeldung in der Organisation)

\_\_\_\_\_  
(Mobilnummer)

Name	Vorname	Athlet	Betreuer	Gute Schwimmfähigkeit wird bestätigt	männl./weibl.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Vereins/der Einrichtung/Familie