

Special Olympics Schwimmfest Brandenburg

Registrierung 6. Offene Inklusiv Stadtmeisterschaften 23.11.2024 in
Brandenburg an der Havel

Name der Einrichtung / Institution: _____

Mitgliedsnummer bei SOD: _____

Anschrift: _____

Falls abweichend / Rechnungsanschrift: _____

Delegationsleiter: _____

Mail – Adresse Delegationsleiter: _____

Mobilnummer Delegationsleiter: _____

Unsere Delegation bewirbt sich mit folgender Teilnehmerzahl:

Anzahl Athleten weiblich: _____

Anzahl Athleten männlich: _____

Anzahl Trainer / Betreuer _____

Anzahl Teilnehmer gesamt: _____

Gesundheitszeugnis für jeden gemeldeten Athleten liegt in der Einrichtung vor.

Gesundheitszeugnisse werden der Anmeldung beigelegt.

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift / Stempel