

STARTNUMMER

In Kooperation mit dem



EINZEL GRUPPE
(Vom Veranstalter auszufüllen)

Bitte fülle deine Daten in BLOCKBUCHSTABEN aus!

Familienname / Vorname

Titel

Telefon Mobil

E-Mail Adresse

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr

Geschlecht

--	--

W M

**Zur vollständigen Erfassung deiner
Anmeldung bitte alle Daten angeben.**

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die untenstehenden Teilnahmebedingungen.

Datum

Unterschrift

Teilnahmebedingungen:

Meine Teilnahme erfolgt auf eigene Gefahr, daher erkenne ich den Haftungsausschluss der Veranstalter für Schäden jeder Art an. Ich werde weder gegen die Veranstalter und Sponsoren noch gegen die Anrainergemeinden oder deren Vertreter Ansprüche wegen Schäden und Verletzungen jeglicher Art geltend machen, die durch meine Teilnahme entstehen können.

Ich bin damit einverstanden, dass die in meiner Anmeldung genannten Daten vom Verein ROTE NASEN Clowndoctors zu Informationszwecken genutzt werden können und dass ich von ROTE NASEN Clowndoctors Informationen, die ich jederzeit wieder abbestellen kann, erhalte. ROTE NASEN Clowndoctors ist der Datenschutz wichtig. Aus diesem Grund gehen wir vertrauensvoll mit den angegebenen Daten um. Sie werden nicht an weitere Firmen weitergegeben.