Anmeldebogen

Name, Vorname:_____

Geburtsdatum:_____

Adresse:_____

Telefon:_____

Email:_____

Ich bin:

- ☐ Vegetarier
- ☐ Laktose-Intolerant
- ☐ Allergisch gegen: _____
- ☐ Sonstiges:_____

Gesundheitliche Besonderheiten (Medikamente, Unverträglichkeit, etc.):

_____

_____

Personalausweis/Pass: gültig bis_____