

Krusenrotter Weg 37, 24113 Kiel  
 TEL. 040/22 72 16-0 - FAX 040/22 72 16-33

Titel/ Ort: \_\_\_\_\_

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_ Tage

Zuschussempfänger

lfd. Nr.	Familiename, Vorname	*) Geschlecht		Straße und Haus-Nr.	PLZ und Ort	Alter	Unterschrift d. Teilnehm.	Eintragungen d. A f J
		männl.	weibl.					
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

\*) bitte ankreuzen

Gesamtzahl  
männl./weibl.

Gesamtzahl

_____ x Tage (s.o.)		_____ =		_____		Teilnehmertage		

Die Richtigkeit der o.a. Angaben bestätigt

\_\_\_\_\_  
Fahrtenleiter/in