

Werde Teil des Blauring Termen!

Damit wir dich auf unserer Datenbank korrekt erfassen können, bitten wir dich, dieses Formular vollständig auszufüllen.

### Angaben zu deiner Person

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_

### Angaben zur Kontaktperson / gesetzliche Vertretung

Diese Person ist für Informationen zu kontaktieren:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse \_\_\_\_\_ Handynummer \_\_\_\_\_

Zweite Kontaktperson (falls gewünscht)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse \_\_\_\_\_ Handynummer \_\_\_\_\_

### Versicherung

AHV Nummer \_\_\_\_\_

Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Unfallversicherung \_\_\_\_\_

### Spezielles

Das sollte das Leitungsteam über mich wissen: (Allergien, Essgewohnheiten...)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Bedingungen

Ich und meine Eltern erklären uns hiermit einverstanden, dass Fotos von mir auf der privaten Instagram Seite; Gruppenfotos frei veröffentlicht werden können.

Versicherung ist Sache der Teilnehmer!

Unterschrift (gesetzlicher Vertreter) : \_\_\_\_\_

Dieses Dokument gescannt an [info@blauring-termen.ch](mailto:info@blauring-termen.ch) senden.