

Landeswettbewerb der Stufe I, 11.10. - 13.10.2024, Albersdorf

Anmeldebogen:

Kreisverband: _____

Name der Gruppe: _____ Altersstufe: _____ Priorität: _____

Als Gastgruppe vor Ort: Ja Nein

Name und Kontaktdaten (für Rückfragen/ kurzfristige Informationen) der*des verantwortlichen Leiters*in:

Name: _____

Handy/Tel.: _____

Emailadresse: _____

Namen und Alter der Gruppenmitglieder:

1. _____ Geburtsdatum: _____

2. _____ Geburtsdatum: _____

3. _____ Geburtsdatum: _____

4. _____ Geburtsdatum: _____

5. _____ Geburtsdatum: _____

6. _____ Geburtsdatum: _____

Besondere Essensgewohnheiten (bitte Art und Namen der Personen angeben):

Sonstiges: _____

Name der*des Fahrer*in: _____

Namen der beiden **Schiedsrichter*innen**, evtl. Mimen und Schminker

Schiedsrichter*in 1: _____

Geburtsdatum: _____

Schiedsrichter*in 2: _____

Geburtsdatum: _____

Mime*n: _____

Geburtsdatum: _____

Schminker*in: _____

Geburtsdatum: _____

Ort, Datum, Kreisjugendleiter*in

Die Anmeldung bitte bis zum **24.09.2024** senden an:

DRK Landesverband Schleswig-Holstein e.V.
Jugendrotkreuz
Malte Schilling
Klaus- Groth-Platz 1
24105 Kiel
anmeldung@jrk-sh.de,