

Sportverein Halle e.V.

Abteilung Schwimmen • Robert Koch Straße 33 a
06110 Halle (Saale)



Anmeldeformular MASTERS-Trainingscamp

Lehrgangsort und Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Email: _____

Verein: _____ Altersklasse: _____

Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente gegen _____

Ich nutze medizinische Geräte (z.B. Lymphdrainagegerät) _____

Ich möchte das Zimmer teilen mit (falls bekannt): _____

Lehrgangskosten (ohne Unterbringung und Verpflegung) _____

Nein

Ja

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass im Rahmen der o.g. Lehrgangsmassnahme auch erstellte Bilddateien, die auch mich abbilden, **von der DSV-Fachsparte Masterssport** und dem **SV Halle - SAALEHAIE** zeitlich, räumlich und inhaltlich unbegrenzt zum Zwecke der Darstellung der Lehrgangsmassnahme verwendet und genutzt werden.

Datum

Unterschrift