



RÜCKMELDUNG FAMILIENSERVICE

Frist: 30. September 2014

| | |
|-----------------------|---|
| Postanschrift: | Special Olympics in Thüringen e. V., Gabi Jahn, Gleicher Weg 1-10, 99880 Hörssel OT Mechterstädt |
| E-Mail: | lujajahn@yahoo.de |

5. Special Olympics Thüringen Landeswettbewerb Schwimmen

Familienservice am Samstag, 22. November 2014, 14:00 Uhr

| | |
|-------------------------------------|--|
| Name, Vorname | |
| Straße, PLZ Ort | |
| Festnetz/Mobil (mit Vorwahl) | |
| E-Mail-Adresse | |

Wir nehmen mit insgesamt ____ Personen an der Informationsveranstaltung zum Familienprogramm teil. Die Namen der Personen lauten:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

Anzahl Rollstuhlfahrer: _____

Gern würden wir im Anschluss an die Informationsveranstaltung mit ____ Personen an den **Siegerehrungen** aktiv teilnehmen und die Medaillen überreichen.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift



Premium Partner

