

Anmeldeformular

Deutsche Rote Kreuz
Kreisverband Brandenburg e.V.
Grüne Aue 6
14776 Brandenburg

| | | |
|--------------------------|-----------|-----------|
| Tagesfahrt/Gruppenreise: | _____ | |
| Datum der Fahrt: | _____ | |
| | 1. Person | 2. Person |
| Name: | _____ | _____ |
| Anschrift: | _____ | _____ |
| | _____ | _____ |
| Telefon: | _____ | _____ |

Bitte geben Sie für die Organisation der Fahrt folgende Angaben über Ihre Person an:

Benutzen Sie einen Rollstuhl?

- ja, einen zusammenklappbaren Rollstuhl nein
 ja, einen nicht-zusammenklappbaren Rollstuhl ja, einen elektrischen Rollstuhl

Möchten Sie während der Fahrt durch einen Betreuer begleitet werden?

- ja nein

Möchten Sie von zu Hause abgeholt werden? (gegen Aufpreis)

- ja nein

Auf welche Speisen/Gewürze usw. sind Sie allergisch? (nur bei Tagesfahrten mit Mittag)

Sonstige Bemerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift