

An den Luftsportverein Flensburg e.V.
Sparte Fallschirmsprung
Flugplatz Schäferhaus
Lecker Chaussee 129
24941 Flensburg

Anmeldung

Name, Vorname:
PLZ / Wohnort:
Straße:
Telefon Nr.:
Email (falls vorhanden):

Der/die oben angegebene Teilnehmer(in) meldet sich hiermit zu einem

- Kursteil 1 (Schnupperkurs)
 Komplettkurs

Datum des Kurses:.....

Datum des Kurses:.....

an. Euroscheck liegt der Anmeldung bei.

.....
(Ort)

.....
(Datum)

.....
Unterschrift (bei Minderjährigen beide gesetzlichen Vertreter)