Luftsportverein Flensburg
Flugplatz Schäferhaus
Lecker Chaussee 129
24941 Flensburg

Einverständniserklärung

für _____ _____ _____
(Vorname) (Name) (Geburtsdatum)

Hiermit erklären wir/ich mich einverstanden, dass meine/unsere Tochter/Sohn an Fallschirmsprüngen teilnimmt.

Flensburg; _____
(Ort/Datum)

_____
(Unterschrift beider gesetzlichen Vertreter/Alleinerziehungsberechtigte/r)