

Anmeldeformular

2.Team-Spielmeisterschaft am 24.Juni 2017

Stadtverband der Hörgeschädigten Leipzig e.V.
Friedrich-Ebert-Str. 77
04109 Leipzig

TEAM: _____

(bitte deutlich Vor- und Nachname schreiben)

1. _____ (Teamchef)

2. _____

3. _____

4. _____

Verein: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____