

Vorlage für Sippenleiter zur individuellen Anpassung

**City Run - Rätsel dich zum Sieg**

Es ist endlich wieder so weit:

Sippen aus Württemberg wetteifern um den Sieg des City Runs.

Beweist euch und den anderen Sippen im Land, dass ihr das beste Team seid.

Es erwarten euch lustige und knifflige Rätsel, fast unlösbare Herausforderungen und spannende Aufgaben an verschiedenen Stationen.

Wer sich hier als Sippe gegenüber den anderen durchsetzt, hat nicht nur bewiesen, dass sie zu der schnellsten Sippe des Landes gehört, sondern auch, dass die Sippe super zusammenarbeitet, sich blind vertraut und den Gedanken Bipis verinnerlicht hat.

|  |  |
| --- | --- |
| Datum | 04.Mai 2024 von 10:00 bis ca. 16:00 Uhr |
| Zielgruppe | Jungpfadfinder- und Pfadfinderstufe |
| Voraussetzung | Gruppenanmeldung min. 3 Sipplinge mit einem SiFü |
| Ort | Ludwigsburg (Treffpunkt 10:00 Uhr am Hauptbahnhof) |
| Kosten | 1€ für VCP-Mitglieder, 3€ für Nicht-Mitglieder (ohne Anreise) |

Wir treffen uns mit der Sippe am Samstag, 04.Mai 2024 um XX:XXh in/am XXXXX und werden gegen XXX Uhr wieder in XXXX sein. Der Teilnehmerbeitrag beträgt XX€ (Basis TN-Betrag + Fahrkosten). Bitte bringt pro Sippe einen Kompass und euren Sippenwimpel mit.

Bitte zieht eure Tacht & Halstsuch an und bringt ein Vesper für mittags mit. Wir freuen uns auf einen schönen Erlebnisreichen Tag in Ludwigsburg mit euch, Eure Sippenführer

**Anmeldung zum City Run 2024**

am 05.Mai 2024 in Ludwigsburg

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sie / Er ist bei folgender \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krankenkasse versichert:

Allergien, ständig \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

einzunehmende Medikamente:

VCP Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Der Verwendung von Fotografien, die von mir/von meinem Kind während der VCP Veranstaltung zum Zweck der Abbildung in Veröffentlichungen des VCP in Württemberg gefertigt wurden, stimme ich zu.

Mit der medizinischen Erstversorgung meines Kindes währende der Aktion bzw. in Krankenhäusern der Umgebung bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Datum, Ort und Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Unterschrift des Teilnehmers)