ANMELDUNG ZUR STAMMESHÜTTE

Komm mit uns in die Welt des frühen 20. Jahrhunderts, als Mafia- Clans die Großstädte der Vereinigten Staaten verunsichern. Gemeinsam werden wir mittels spannender Spiele, mit viel Spaß und Spannung herausfinden, ob du das Zeug zum nächsten Mafia-Boss hast.

Wenn du für diese Herausforderung bereit bist, dann halte dir den Zeitraum vom **10.04.09 bis zum 13.04.09** frei, um mit dabei zu sein, wenn der nächste Mafia-Boss gekrönt wird. Hierzu musst du deine Anmeldung bis zum **20.03.09 bei XX (Adresse)** abgeben und **die 65 € Teilnehmerbeitrag** auf das unten genannte Konto überweisen.

In diesem Jahr geht’s in das Selbstversorgerhaus der AWO Ortenau „Moosenmättle“ nach Fohrenbühl im Schwarzwald.

KONTOVERBINDUNG

|  |  |
| --- | --- |
| Kostenaufstellung: |  |
| Unterkunft | 51€ |
| Verpflegung | 18€ |
| Fahrt | 13,50€ |
| Sonstiges | 5,50€ |
| Zuschuss vom Stamm | 23€ |
|  |  |
| **Endpreis** | **65€** |

Nicht-Mitglieder zahlen 80€.

Bitte überweist das Geld spätestens bis zum 20.03.09.

Kinder aus sozial schwachen Familien können einen Zuschuss bei einem der Teamsprecher

Person A (01245637) beantragen.

Bereit, in die Mafiawelt einzusteigen?

Dann fülle das unten stehende Anmeldeformular aus und gebe es deinen Sippenführern

oder direkt bei Person A (Adresse) ab.

Gut Pfad!

Dein OFA-AK,

Bei Fragen kannst du dich an einen von uns wenden. (Tel.-Nr. Person C 0123455647)

Hiermit melde ich meine(n) Tochter/Sohn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

zur Osterfahrt 2009 ins Haus „Moosenmättle“ an.

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

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Sippe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VCP-Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allergien/einzunehmende Medikamente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vegetarier: ja nein

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

Ort, Datum, Unterschrift Teilnehmende/r Ort, Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r