



Einschreibekosten: \$ 3,00

Nr. _____

ANMELDUNG CICLOPASEO 2015

VOLLSTÄNDIGER NAME: _____

ADRESSE: _____ TELEFON: _____

ALTER: _____ GESCHLECHT: M W

Beziehung zur Schule:

| | | | |
|----------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Vater / Mutter | <input type="checkbox"/> | Ehemalige/r | <input type="checkbox"/> |
| Schüler/in, Klasse (_____) | <input type="checkbox"/> | Personal der Schule | <input type="checkbox"/> |
| Lehrer/in | <input type="checkbox"/> | Andere | <input type="checkbox"/> |

Hiermit erkläre ich/erklären wir, dass die Deutsche Schule und die APF uns als Teilnehmer des Ciclopaseo **2015** über die Risiken dieser Veranstaltung aufgeklärt hat. Ebenso wurden wir in ausreichendem Maße über die notwendigen sicherheitstechnischen und gesundheitlichen Voraussetzungen informiert, die die Teilnehmer erfüllen müssen. Somit erkläre ich/erklären wir, dass ich /wir freiwillig an der Veranstaltung Ciclopaseo **2015** teilnehmen, dass ich /wir die Sicherheits- und Vorsichtsmaßnahmen, die für die Teilnahme an der genannten Veranstaltung vorgegeben sind, umsetzen und beachten werden. Ich/wir entbinden die Deutsche Schule, die APF und die Sponsoren von jeglicher Verantwortung hinsichtlich möglicher personeller und / oder materieller Schäden die ich /wir während der genannten Veranstaltung erleiden könnten, ebenso wie von möglichen Schäden Dritter, die den Genannten nicht zuzuschreiben sind.

Datum:

Unterschrift des Teilnehmers, Pers.Ausw.: