Påmeldingsskjema Camp Killingen 23.–25. juli

Navn på foresatt:

Medlem i DNT? (ikke obligatorisk)

Eventuelt medlemsnummer:

Fødselsdato:

E-post:

Adresse:

Mobiltelefon:

Kan arrangøren ta bilder av deg og dine barn under leiren, og bruke dette i markedsføring i framtida?

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

Ønsker dere å dele rom med noen andre som er påmeldt? (Rommene på Camp Killingen er 4-, 5-, eller 6-manns rom, og vi ønsker å gjøre vårt for at venner som er påmeldt, sammen skal få dele rom sammen, samstundes som de vil bli kjent med nye jevnaldrende gjennom lek og aktivitet.)

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

Navn på barn 1:

Fødselsdato på barn 1:

Medlemskap i DNT?

Har deltakeren allergier, bruker medisiner eller har andre behov som vi burde kjenne til?

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

Navn på barn 2:

Fødselsdato på barn 2:

Medlemskap i DNT?

Har deltakeren allergier, bruker medisiner eller har andre behov som vi burde kjenne til?

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

Navn på barn 3:

Fødselsdato på barn 3:

Medlemskap i DNT?

Har deltakeren allergier, bruker medisiner eller har andre behov som vi burde kjenne til?

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

Navn på barn 4:

Fødselsdato på barn 4:

Medlemskap i DNT?

Har deltakeren allergier, bruker medisiner eller har andre behov som vi burde kjenne til?

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