|  |  |
| --- | --- |
| Schulstempel | Datum |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Katrin Siemon  Deutsche Volleyball-Jugend  Otto-Fleck-Schneise 8  60528 Frankfurt/M.  Tel.: 069-695001-21  Fax: 069-695001-24  siemon@volleyball-verband.de |  | **Meldungen bis**  **bis 16. Oktober 2017** |

|  |
| --- |
| R Ü C K M E L D U N G |
| dvj-Schul-DM 2017 – WK IV |

|  |  |
| --- | --- |
| Bundesland: |  |
|  |  |
| Schule: |  |
|  |  |
|  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Teilnahme an der Deutschen Volleyball Schul-Meisterschaft 2017 - WK IV** | | | | | |
| (In die zutreffenden Kästchen bitte die Teilnahme eintragen) | | | |
|  | Jungen-Team |  | Mädchen-Team |
|  |  |  |  |
|  | (6 Schüler + 1 Betreuer) |  | (6 Schülerinnen + 1 Betreuer) |

|  |
| --- |
| **Kontaktperson:** (Bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vor- und Nachname: Frau / Herr:** |  |
|  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tel:** |  |  | **Fax:** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresse:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **E-Mail:** |  |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die verbindliche Teilnahme der oben angegebenen Mannschaft(-en) an der dvj-Schul-DM 2017. Ich zahle 600 € Teilnahmebeitrag pro Mannschaft.

**Ich benötige Unterkunft für 6 Schüler und 1 Betreuer pro gemeldete Mannschaft.**

**□ Ich möchte einen zusätzlichen Betreuer**

**für einen Eigenanteil von 130 € melden**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  | Unterschrift |