

# Anmeldeformular

## 2.Team-Spielmeisterschaft am 24.Juni 2017

Stadtverband der Hörgeschädigten Leipzig e.V.  
Friedrich-Ebert-Str. 77  
04109 Leipzig

**TEAM:** \_\_\_\_\_

(bitte deutlich Vor- und Nachname schreiben)

1. \_\_\_\_\_ (Teamchef)

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Verein: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_