



An den  
Luftsportverein Flensburg e.V.  
Sparte Fallschirmsprung  
Flugplatz Schäferhaus  
Lecker Chaussee 129  
24941 Flensburg

## Anmeldung

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

PLZ / Wohnort: .....

Straße: .....

Der/die oben angegebene Teilnehmer(in) meldet sich hiermit zu einem

Schnupperkurs Datum des Kurses: .....

Grundkurs Datum des Kurses: .....

Grundkurs mit anschließendem Freifallkurs Datum des Kurses: .....

Freifallkurs (Voraussetzung: Grundkurs) Datum des Kurses: .....

an.

.....  
(Ort)

.....  
(Datum)

.....  
Unterschrift (bei Minderjährigen beide gesetzlichen Vertreter)