Büro Stadtjugendpflege:

NAME:

ADRESSE:

E-Mail:

TELEFON:

GEBURTSDATUM:

Ralf Macke: (04171) 7813-07

Birte Dreyer: (04171) 7813-09

  Ja! 

 Ich möchte dabei sein!

#

Datum: …………………… Abfahrtszeit: …………… Kosten:…………………

Zu dieser SUPER-Mädchentag-Aktion vom EGONs

 melde ich mich sofort an!

**Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Tochter \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bei der Mädchentagaktion des Egon´s (Stadtjugendpflege Winsen) am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ teilnehmen darf.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Datum, Ort & Unterschrift des Erziehungsberechtigten**