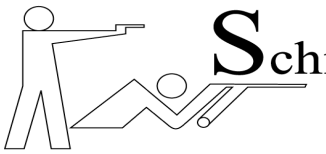

Schiesssport Verband des Sensebezirks

BEZIRKS-CUP 2009

Anmeldeformular

Schützengesellschaft: _____

Verantwortlicher der SG für den Bezirkscup:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail Adresse: _____

Gruppenname: _____

Gruppenverantwortlicher:

Name, Vorname: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail Adresse: _____

Gruppenname: _____

Gruppenverantwortlicher:

Name, Vorname: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail Adresse: _____

Gruppenname: _____

Gruppenverantwortlicher:

Name, Vorname: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail Adresse: _____

Gruppenname: _____

Gruppenverantwortlicher:

Name, Vorname: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail Adresse: _____

Gruppenname: _____

Gruppenverantwortlicher: Name, Vorname: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail Adresse: _____

Gruppenname: _____

Gruppenverantwortlicher: Name, Vorname: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail Adresse: _____

Gruppenname: _____

Gruppenverantwortlicher: Name, Vorname: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail Adresse: _____

Gruppenname: _____

Gruppenverantwortlicher: Name, Vorname: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail Adresse: _____

Datum: _____

Unterschrift des
Verantwortlichen: _____

Anmeldeformular bis **spätestens Samstag, 25. April 2009** an:
Daniel Rappo, Kaisereggstrasse 15, 3185 Schmitten oder **darappo@bluewin.ch**