

Erlebnisreiterhof Wolferstadt GmbH  
Matthias Schulze & Isabelle Zimmermann  
Kapellstr. 7 | D – 86709 Wolferstadt



## ANMELDEFORMULAR REITERFERIEN

|                 |     |                                 |     |
|-----------------|-----|---------------------------------|-----|
| Ferienwoche Nr. |     |                                 |     |
| Anreisedatum    |     | Abreisedatum                    |     |
| Tageskind       | ( ) | Ferienkind (inkl. Übernachtung) | ( ) |
| Name            |     | Vorname                         |     |
| Straße, Nr      |     | PLZ, Ort                        |     |
| Email           |     | Geburtstag                      |     |

### WICHTIGE INFORMATIONEN FÜR DEN VERANSTALTER

- Telefonnummern im Notfall (bitte mit Name des Ansprechpartners ausfüllen)

|      |           |
|------|-----------|
| Name | Rufnummer |
|      |           |
|      |           |
|      |           |

- Allergien, Unverträglichkeiten

Bitte nennen Sie uns Allergien oder Lebensmittelunverträglichkeiten Ihres Kindes, damit wir darauf Rücksicht nehmen können. Benötigt Ihr Kind im Notfall Medikamente, stimmen Sie die Buchung bitte im Vorfeld mit uns ab.

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |

Hiermit melde ich mein Kind verbindlich zu den oben genannten Reiterferien auf dem Erlebnisreiterhof Wolferstadt an. Es gelten die Vertragsbedingungen der Erlebnisreiterhof Wolferstadt GmbH. Bei Erhalt der Rückbestätigung durch den Veranstalter wird der Buchungsbetrag zur Zahlung fällig.

Datum, Ort, Unterschrift Erziehungsberechtigter

Erlebnisreiterhof Wolferstadt GmbH  
0176 78050676  
www.erlebnisreiterhof-wolferstadt.de  
info@erlebnisreiterhof-wolferstadt.de

Matthias Schulze  
Kapellstr. 7  
86709 Wolferstadt

Sparkasse Donauwörth  
IBAN DE34722501600020045522  
BIC BYLADEM1DON