

Krankenkasse

**Teilnahmebestätigung**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

ist aktives Mitglied im TuS Bad Rothenfelde von 1897 e.V. und nimmt regelmäßig an

folgendem Angebot teil: \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

---

Stempel/Unterschrift Trainer