



## ANFRAGE

### Intressent

Nachname

Vorname

Geburtstag

Telefon

und / oder Mobil

Strasse

PLZ

Ort

Email-Adresse

TSF-Mitgliedsnr.  
(falls vorhanden)

### Ansprechpartner

Name

### Geschwisterkind im Schwimmen

Name

Trainingstag bevorzugt

Mittwoch

Freitag

### Kenntnisse

Ja

Nein

etwas

NICHTSCHWIMMER

Brust

Rücken

Kraul

Delphin

Abzeichen

**Wir bitten Sie / Dich, die GRÜN markierten Felder vollständig auszufüllen, damit wir Ihre / Deine Anfrage bearbeiten und beantworten können.**

**NICHT VOLLSTÄNDIG ausgefüllte Anfragen,  
werden NICHT BEANTWORTET !!!**

**Rückmail an**

**[JochenEssig.TSF-Ditzingen.SG-Glems@gmx.net](mailto:JochenEssig.TSF-Ditzingen.SG-Glems@gmx.net)**