



BHV

Bayerischer
Handball-Verband

Bezirk Mittelfranken

Kinderspieltag am:.....

Gruppe von bis Uhr

Altersstufe:

Minis

E-Jugend

Halle:

Verein:

	Name	Vorname	Geburtsjahr
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

Betreuer: Name:

E-Mail

Telefon:

Ich versichere, dass alle oben genannten Spieler Vereinsmitglieder sind.

Von den Durchführungsbestimmungen zum Kinderhandball habe ich Kenntnis.

Datum:

Unterschrift:
