**Udfyld venligst nedenstående**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn på barn |  |
| Navn på forældre/værge |  |
| Telefonnumre til forældre |  |
| E-mail |  |
| Hvis du tager nogen form for medicin eller lider af allergi, bedes Du / I oplyse om dette her. Ligeledes hvilken type medicin: |  |
| Hvis du ikke kan / må svømme og være med til svømning angives det her: |  |
| Jeg / Vi er indforstået med at deltagelse på MTB Campen er på eget ansvar: |  |
| Jeg giver tilladelse til, at der tages billeder af mit barn under campen og at de evt. offentliggøres på Feriecenter Slettestrands Facebook og Instagram sider. |  |

**Underskrift mor/far:**

****