



Nennung zu der Islandpferde-Veranstaltung _____ am _____

Pferd:

Hier bitte das Pferdeetikett einkleben

Reiter:

Hier bitte das Reiteretikett einkleben

Das Pferd wird für folgende Klasse genannt:

- | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sport A | <input type="checkbox"/> Freizeit A | <input type="checkbox"/> Junioren A | <input type="checkbox"/> Jugend A | <input type="checkbox"/> Kinder L (11/12 J.) |
| <input type="checkbox"/> Sport B | <input type="checkbox"/> Freizeit B | <input type="checkbox"/> Junioren B | <input type="checkbox"/> Jugend B | <input type="checkbox"/> Kinder M (8-10 J.) |
| <input type="checkbox"/> Sport C | | <input type="checkbox"/> Junioren C | <input type="checkbox"/> Jugend C | <input type="checkbox"/> Kinder S (6/7 J.) |

Prüfungs-Nr.	IPO Nr.	Name der Prüfung	Angabe der Hand (wenn nötig)	Nenngeld (EURO)	Gebühren (EURO)
			<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts		
			<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts		
			<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts		
			<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts		
			<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts		
			<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts		
			<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts		
Summe:					

→ **Summe Nenngeld:** _____

Platzbenutzung/Paddock: _____

Box: _____

Helferfonds: _____

Programmheft: _____

_____:

_____:

GESAMTSUMME → _____

Mit meiner Unterschrift erkenne ich an, daß die Teilnahme an der Veranstaltung und die Unterbringung der Pferde auf eigene Gefahr geschehen. Während der gesamten Veranstaltung bleiben der Reiter/Besitzer Tierhüter gem. § 834 BGB. Veranstalter, Ausrichter, Turnierleiter und Chefrichter schließen jede Haftung, soweit gesetzlich zulässig, aus. Es wird versichert, daß das Pferd ausreichend haftpflichtversichert und gesund ist, aus einem gesunden Bestand kommt und einen wirksamen Impfschutz gegen Husten besitzt. Ich bin einverstanden, daß meine Angaben aus organisatorischen Gründen evtl. per EDV gespeichert werden. Die Ausschreibung wird in allen Punkten anerkannt.

Unterschrift: _____
(bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter)

Datum Poststempel	Zahlungsvermerk	Sonstige Vermerke