Anmeldung Kantonale LMM 2025

|  |  |
| --- | --- |
| Verein: |  |
| Kontaktperson: |  |
| Strasse: |  |
| PLZ / Ort: |  |
| E-Mail: |  | Telefon: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kategorie:**  |  |  | **Kategorie:** |  |
| Name: | Vorname: | Jg. |  | Name: | Vorname: | Jg. |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Hoch ( ) Weit ( )**(nur Turnerinnen)** |  | Hoch ( ) Weit ( )**(nur Turnerinnen)** |
| HilfskampfrichterIn: |  | HilfskampfrichterIn: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kategorie:**  |  |  | **Kategorie:** |  |
| Name: | Vorname: | Jg. |  | Name: | Vorname: | Jg. |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Hoch ( ) Weit ( )**(nur Turnerinnen)** |  | Hoch ( ) Weit ( )**(nur Turnerinnen)** |
| HilfskampfrichterIn:  |  | HilfskampfrichterIn:  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kategorie:**  |  |  | **Kategorie:** |  |
| Name: | Vorname: | Jg. |  | Name: | Vorname: | Jg. |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Hoch ( ) Weit ( )**(nur Turnerinnen)** |  | Hoch ( ) Weit ( )**(nur Turnerinnen)** |
| HilfskampfrichterIn:  |  | HilfskampfrichterIn:  |

Datum, Unterschrift:

Anmeldung per Mail bis **Mittwoch, 23. April 2025** an:

jonas.diethelm@tvsiebnen.clubdesk.com