

Referat Lehrwesen Christian Scharnböck

mobil: +43664 2143777 e-mail: <u>c.scharnboeck@aon.at</u>



Anmeldung EIGNUNGSPRÜFUNG SKI-INSTRUKTOR

Vorname: _		Zuname:	Titel	
Straße:				
PLZ.:	Ort: _			
Soz. Versio	cherung Nr. / G	eb. Datum.:	<u> </u>	
Tel.: E-		-Mail:		
Verein:		ÖSV Car	d Nr.: _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I	
O 07.12.2024 O 15.12.2024		tian Scharnböck, Sportplatzsio	Teilnehmer	
		Ärztliches A	.ttost	
7., ., \/orn	ama i			
Zu- u. voiname		geb. am:		
		estehen keine Bedenken i-Instructor teilnimmt.	, dass Obgenannte(r) an der genannten	
Datum		Unterschrift u. Stempel Arzt		