

Bitte dieses Formular ausgefüllt an Fax 03221/1285815 senden oder an unsere Email-Adresse mcvmeiderich@arcor.de

Wir nehmen am Sonntag, dem 08. Februar 2015 an Eurem 14. Meidericher Blutwurstsonntagsumzug teil.

Unser Zunftname und die Anschrift lautet:

Verein/ Gruppe: _____
Kontakt: _____
Strasse: _____
PLZ, Ort: _____
E-Mail (!!!): _____
Narren- bzw. Schlachtruf: _____

Anzahl der teilnehmenden Personen:
Karnevalisten: _____ Pers., Musik: _____ Pers.
Wir ziehen eine Übernachtung mit ca. _____ Pers. in Betracht.

Für Guggen: Auftritt auf der Bühne bis max. _____ Uhr

Information für Moderator und Presse:

Gesamt-Personenzahl: _____ Pers.
Heimatort : (..... bei)
Vorsitzender / Leiter : _____
Motto : _____
Wie kam es zum Motto ? _____

Kurzmitteilung zu den Kostümen/ Kleidung : _____
Zum wievielten Mal in Meiderich dabei: _____
Wie hat es Ihnen beim letzten Mal gefallen? _____
Besonderes, Wissenswertes, Begebenheiten, Witziges? _____

Ort, Datum, Unterschrift: _____