

Anmeldung zum Blutwurstsonntagsumzug 2017

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

Wir nehmen am Sonntag, dem 19. Februar 2017 an Eurem
16. 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: _____