



VERBAND FÜR BEHINDERTEN-
UND REHASPORT MV

Bestätigung VBRS M-V e.V. Zugehörigkeit

Hiermit bestätigen wir:

Verein/ VBRS Mitglied: Ansprechperson:	 Vereinsstempel
Datum: Unterschrift:	

dass folgende Person:

Vor- Zuname:
Geburtstag:

seit dem:

Datum:

bei uns Mitglied oder für uns als Übungsleitung tätig ist.