



## Kendo

### Norddeutsches Kyuturnier

Modus:	<b>Für Rüstungsträger mit Kyugraduierungen.</b> Austragungsmodus wird vor Ort festgelegt. Bei entsprechendem Meldeeingang werden eventuell spezielle Untergruppen gebildet (Frauen, U18, wenig erfahrene Wettkämpfer)
Leitung:	<b>Dido Demski, 6. Dan Kendo, Renshi</b> Referentin für Kampfrichterwesen des DkenB
Kampfrichter:	Teilnehmer des zeitgleich stattfindenden Kampfrichterlehrganges (siehe gesonderte Ausschreibung)
Veranstalter:	Alster Dojo e.V. / Veilchenweg 34 / 22529 Hamburg Tel/Fax: 040/560 085 95, Anfahrt siehe <a href="http://www.alster-dojode.de">www.alster-dojode.de</a>
Zeit:	<b>Samstag, 04. Mai 2019</b> <b>Shinai- und Passkontrolle: 14 Uhr, Wettkampfbeginn: 15 Uhr</b>  <b>Sonntag, 05. Mai 2019</b> <b>Gemeinsames Training 10 – 12 Uhr</b>
Kosten:	Startgeld 10,-€, zahlbar bar vor Ort, inklusive Sonntagstraining
Abendessen:	Am Samstag nach dem Wettkampf gemeinsamer Restaurantbesuch geplant (auf eigene Kosten). <b>Teilnahmewunsch bei Anmeldung angeben!</b>
Übernachtung:	Dojoübernachtung zusätzlich 5,- € + 3,- € Frühstück <b>Bei Anmeldung angeben!</b>
Anmeldung:	Bis spätestens 26. April 2019 an <a href="mailto:kendo@alster-dojode.de">kendo@alster-dojode.de</a> oder per Brief / Fax an den Veranstalter s.o.  Bei Anmeldung angeben: Name, Alter, Graduierung, Verein, Teilnahme Abendessen ja/nein, Übernachtungswunsch.  Minderjährige Teilnehmer legen die beigefügte Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten vor.



## **Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten, im Alster-Dojo e.V. am 04.05.2019 und 05.05.2019 am Norddeutschen Kyuturnier im Kendo teilzunehmen**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Mein/unser Kind darf am o.g. Kendo-Wettkampf und damit verbundenen Aktivitäten teilnehmen. Es darf fotografiert werden und diese Fotos können zur Veröffentlichung in der Tagespresse sowie auf der Homepage verwendet werden.

Mein/unser Kind leidet an einer Allergie:

nein

ja

Sollte Ihr Kind deshalb Medikamente einnehmen oder gewisse Lebensmittel nicht essen dürfen, so tragen Sie dies bitte hier ein:

---

---

Sonstige Erkrankungen oder wichtige Informationen zu meinem / unserem Kind:

---

---

---

Anschrift und Telefonnummer der Erziehungsberechtigten

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

Telefon: Festnetz \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Ich/Wir habe/n die Informationen zur Kenntnis genommen und die Einverständniserklärung richtig und vollständig ausgefüllt.

Datum / Unterschrift der Erziehungsberechtigten:

---