TEILNEHMERLISTE PRÜFUNG "EWU WESTERNREITABZEICHEN KL. ___."

Erste Westernreiter Union Deutschland e.V.

Datum: . . . . . PLZ/Prüfungsort: . . . . . EWU Richter: . . . . . FN Richter: . . . . . .

Name	*Geburts-datum*	*Verein*	*PLZ/Ort*	*Straße/Nr.*	*Nachweis BP liegt vor*	*WRA Kl. IV/III liegt vor*

Dieses Formular bitte vollständig ausgefüllt (**bitte deutlich lesbar in Druckbuchstaben!**), 4 Wochen vor Prüfungsbeginn an folgende Anschrift schicken:

EWU Bundesgeschäftsstelle, Frh.-v.-Langen-Str. 8a, 48231 Warendorf, Tel.: 02581-92846-0, Fax: -92846-25

_____ _____ _____

Datum **Unterschrift Veranstalter** **Unterschrift Kursleiter**