



**GEMEINSAM
FASTEN.**
Für das Recht
auf Nahrung.

Anmeldetalon für die Fastenwoche vom

Fastengruppe

Name, Vorname

Adresse

PLZ/Ort

Tel.

E-Mail

Geburtstag

Gewicht und Grösse

Hiermit bestätige ich, dass ich gesundheitlich in der Lage bin an der Fastenwoche teilzunehmen. Die Informationsblätter zum Fasten habe ich gelesen.

Die Teilnahme an der Fastenwoche erfolgt auf eigene Verantwortung.

Datum/Unterschrift