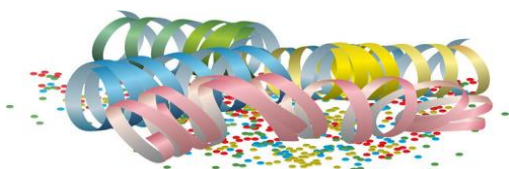
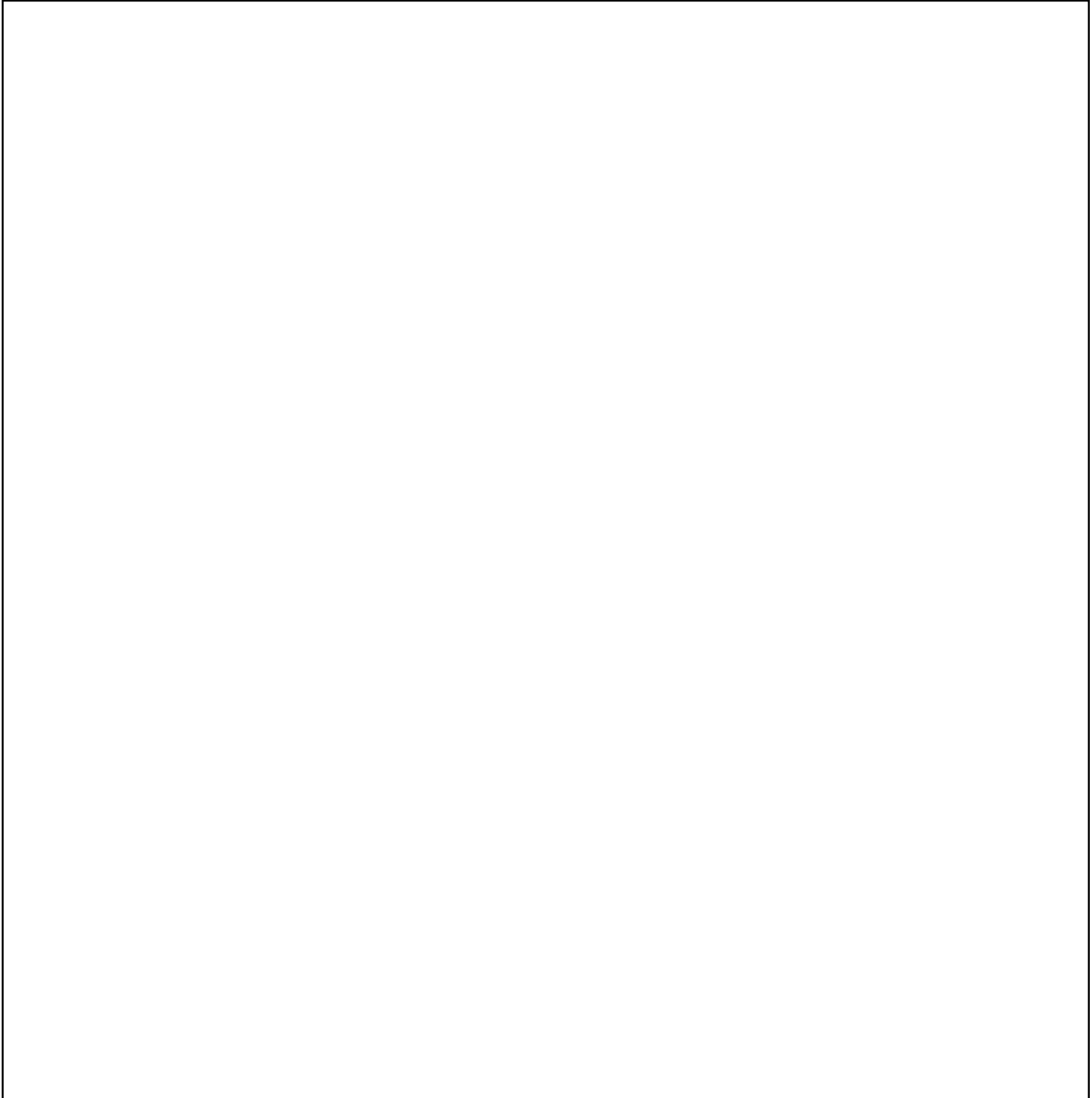




Wir feiern: 10 Jahre am Kreisverkehr

**Malwettbewerb - „Meine Traum-Burg“**



Name, Vorname:

Alter:

Telefonnummer:

Mit der Abgabe erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Sohn / meine Tochter an dem Malwettbewerb „10 Jahre Jubiläum-Burg-Apotheke“. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass der Wettbewerbsbeitrag meines Kindes inkl. Altersangabe und Nennung des Vornamens auf der Webseite [www.burgapotheke-sundern.de](http://www.burgapotheke-sundern.de) sowie der Facebook Seite und der Instagram-Seite veröffentlicht werden darf.

---

Unterschrift des Erziehungsberechtigten