

# Faldskærmsudspring med Dropzone Denmark

Hermed gives tilladelse til at:

Deltagerens navn:

---

Må deltage i faldskærmspring i form af tandemspring eller solokursus hos Dropzone  
Denmark, Danmarks Professionelle Faldskærmscenter.

Telefon/mobil: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Email:

---

  
\_\_\_\_\_

Deltagerens

fødselsdato: \_\_\_\_\_

—

Deltagerens

vægt: \_\_\_\_\_

—

Underskrift af forældre eller værge

Dato/Sted: \_\_\_\_\_

---

Underskrift: \_\_\_\_\_

---

Samtykkeerklæring



DANMARKS  
PROFESSIONELLE  
FALDSKÆRMSCENTER