Trakehner Verband
Postfach 2729
24517 Neumünster

Antrag auf Ausbildungsförderung:

Name u.Lbsnr. des Pferdes: _____

Geschlecht: _____ **Geburtsdatum:** _____ Farbe: _____

Vater: _____ Mutter: _____

Muttervater: _____ **Stockmaß:** _____ **Preis:** _____

Ausbildungsstand: _____

_____

_____

Röntgenklasse (bei 10 Aufnahmen): _____

Klinisches Untersuchungsprotokoll: _____

Name des Besitzers (Verbandsmitglied): _____

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon/Handy: _____

Standort des Pferdes (falls abweichend von Besitzeradresse):

Name: _____

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

Tel./Handy: _____

_____ _____
(Ort,Datum) (aufgenommen durch:)

* die fett markierten Informationen sind Zulassungskriterien