

# Anmeldetalon zur Schlacht Wums 2026

Jetzt Newsletter  
anmelden



Whatsapp

Kanal



Unkostenbeitrag **2Fr / 4Fr.** Wird bei der Anmeldung mitgebracht.

Ich habe:

- Codex wums gelesen , verstanden und werde mich daran halten ☐
- Die Notfalldaten berücksichtigt ☐
- Helm, Schwert, Schild und Schutzbekleidung im mittelalterlichen Stile ☐

Ich ziehe nüchtern und ohne Scharfe Gegenstände in die Schlacht ☐

Ich bin gesundheitlich (Physisch wie Psychisch) in der Verfassung an der Schlacht teilzunehmen ☐

|                                                      |                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name                                                 | Vorname                                                                                                                         |
| Strasse, Nr                                          | Tel.Nr                                                                                                                          |
| PLZ.Ort                                              | Statist <input type="checkbox"/><br>Bogenschütze <input type="checkbox"/><br>Vollkontakt Elite Kämpfer <input type="checkbox"/> |
| Ich kämpfe für die Wikinger <input type="checkbox"/> | Ich kämpfe für das Königreich Lothars <input type="checkbox"/>                                                                  |
| Ich kämpfe am Samstag <input type="checkbox"/>       | Ich kämpfe am Sonntag <input type="checkbox"/>                                                                                  |
| Teilnehmer, Ort Datum                                | Teilnehmer, Ort Datum                                                                                                           |
| Bestätigt von, Ort Datum                             | Bestätigt von, Ort Datum                                                                                                        |

144



Sanitäts-  
notruf

117



Polizei

118



Feuerwehr

145



Tox-Zentrum

1414



Rega

## Notfall Daten

Hausarzt:

Tel.Nr:

Krankenkasse:

Nr.:

Zu benachrichtigende Person:

Gewünschtes Zielkrankenhaus:

Momentane Medikation:

Allergien:

Diese Daten dürfen nur im Notfall Verwendet werden. Ich bin damit einverstanden dass die Daten in einer Notfallsituation dem Rettungsdienst und dem behandelndem Krankenhaus weitergegeben werden dürfen.

Datum/Unterschrift:.....

Bestätigung Samstag ☐ / Sonntag ☐

Bestätigt von:

Organisator wums

www.corvus-nidum.ch - Höiu/076 446 08 15

