



Ablauf



Freitag, 04. Oktober:

09:00-10:00 Uhr: Check-In
10:00-13:00 Uhr: Handballtraining
13:00-14:00 Uhr: Mittagspause
14:00-17:00 Uhr : Handballtraining

Samstag, 05. Oktober

09:00-12:30 Uhr: Gruppe 1: Handballtraining
Gruppe 2: Kletterpark und
Soccerhalle Kirchberg
12:30-13:30 Uhr: Mittagessen
13:30-17:00 Uhr: Gruppe 1: Kletterpark und
Soccerhalle Kirchberg
Gruppe 2: Handballtraining

Sonntag, 06. Oktober

09:00-10:00 Uhr: Gemeinsames Aufwärmen
10:00-13:00 Uhr : Handballturnier
13:00-16:00 Uhr : Siegerehrung und
Abschlussgrillen mit den Eltern

Ansprechpartner:

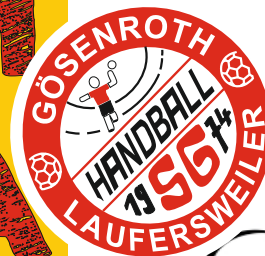
Andreas Glasmacher
Wiesenstraße 3
55624 Gösenroth
Tel.: 01 71 / 2 99 74 60

Anne Kaiser
Oberkleinich 8
54483 Kleinich
Tel.: 01 72 / 6 05 37 65

handballschnuppercamp@jsg-hunsrueck.de



H A N D B A L L



MACH MIT!

Bei uns
riecht's

wollt ihr nicht auch mal
gemeinsam schnuppern?



ein paar coole
Tage erleben?

euch im
Kletterpark
Kirchberg
austoben?

die Soccerhalle in
Kirchberg testen?

Handball
spielen?

Spaß haben?

Herbstferien

Schnupper-2019

für Mädels
und Jungs

CAMP

04. bis 06.
Oktober

der Jahrgänge 2007 bis 2011 im Schulzentrum Sohren/Büchenbeuren und
in der Hirtenfeldhalle Kleinich
- weitere Infos im Innenteil und unter sggl.de und hsg-ikh.de

P R O G R A M M



Unsere Idee: Ferien „zu Hause“

Das Schnupperhandballcamp der SG Gösenroth/Laufersweiler und der HSG Irmenach-Kleinich-Horbruch ist ein zusätzliches Sportangebot für alle Kinder der Jahrgänge 2007-2011 für nur 59,- €. Was wollen/bieten wir?

1. Spiel und Spaß mit Gleichaltrigen
2. Alters- und leistungsgerechte Trainingsinhalte
3. Sportartübergreifende Einheiten in Motorik, Athletik, Kräftigung und Koordination
4. Verletzungsprophylaxe unter Anleitung einer staatl. geprüften Physiotherapeutin
5. Teambuilding und soziales Miteinander mit Aktivitäten auch außerhalb des Handballs wie z. B. Besuch eines Kletterparkes, gemeinsames Grillen, etc.
6. Camp-T-Shirt
7. Freikarte zum Besuch eines Handball-Seniorenspiels mit Eltern nach Wahl
8. Getränke, Obst, Mittagessen

Achtung: Begrenzte Teilnehmerzahl!!!
Berücksichtigung erfolgt nach Eingang der Anmeldungen.

Sozial benachteiligte Teilnehmer-Familien wenden sich bitte vertrauensvoll an Herrn Michael Johann, Telefon: 0 65 44 / 81 42. Er informiert Sie über zusätzliche Fördermöglichkeiten.

Anmeldeschluss: 15. September 2019!!!



BLÜMLING
QUALITÄT SEIT 1908

Ski & Outdoorschuhe



Entdecke die Welt des Sports

WENIG BEWEGT - DA ERHOLST DU DICH

ALFRED VANKORB GmbH

Bei Versicherungen wollen Sie klare Verhältnisse. Und einen zuverlässigen Partner an Ihrer Seite.

VERBUND / AOK BEWERTET

ALFRED VANKORB GmbH
Hauptstraße 20
82468 Laufersweiler
Telefon: 089 23 862330
Telefax: 089 23 862332
info@vankorb.com
www.vankorb.com

ALLE TILGE, EINE QUELLE

BECKER

ARZTELE ZUSÄTZLICHE TYPENTREUE ANWÄRTERVEREINIGUNG

MELVYN BECKER
Hauptstraße 20
82468 Laufersweiler
Telefon: 089 23 862330
Telefax: 089 23 862332
info@vankorb.com
www.vankorb.com

ALLE TILGE, EINE QUELLE

AOK
Die Gesundheitskasse.

OIE AG



Schnupper-2019

04. bis 06. Oktober

CAMP



Anmeldung für das Schnuppercamp

vom 04. - 06.10. 2019, Start am 04.10.2019
am Standort (bitte ankreuzen)



Sohren / Büchenbeuren Kleinich

Name: _____

Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

Ort: _____

Geb.Datum: ____ . ____ . ____

T-Shirt-Größe: 128 140 152 164 176

Sonstige: _____

Nahrungsmittelunverträglichkeiten
und / oder Allergien: _____

Ich bin damit einverstanden, dass während der Veranstaltung fotografiert wird und Fotos, auf denen mein Kind zu sehen ist, veröffentlicht werden. ja nein

Ansprechpartner: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE25ZZ00000283438
Mandatsreferenz: 2019 laufende Nummer der Anmeldung:

Sepa-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die SG Gösenroth/Laufersweiler Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SG Gösenroth / Laufersweiler auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname & Name des Kontoinhabers: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

Ort: _____

Name Kreditinstitut: _____

IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Ort, Datum, Unterschrift

H
A
N
D
B
A
L
L

A
N
M
E
L
D
U
N
G

