



Beitrittserklärung

| | | | |
|--------------|--|---|-------|
| Name | _____ | Vorname | _____ |
| Adresse | _____ | PLZ/Ort | _____ |
| Telefon | _____ | Natel | _____ |
| E-Mail | _____ | www | _____ |
| Geburtsdatum | _____ | Bürgerort | _____ |
| Name Vater | _____ | Name Mutter | _____ |
| E-Mail Vater | _____ | E-Mail Mutter | _____ |
| Tel. Vater | _____ | Tel. Mutter | _____ |
| Beitritt als | <input type="checkbox"/> Aktivspieler/In * | <input type="checkbox"/> Passivmitglied | |

Gesundheitszustand

Bestehen Gesundheitliche Einschränkungen oder Allergien? Ja Nein

Wenn Ja, welche.....

.....

Der/die Unterzeichnende erklärt mit Seiner/Ihrer Unterschrift den Beitritt zum American Flag Football Club «Rafz Bulldogs».

* Er/Sie erklärt sich für körperlich und geistig gesund. Bei Minderjährigen ist die schriftliche Zustimmung des Inhabers der elterlichen Gewalt erforderlich.

* Mit der Unterzeichnung anerkennt er/sie die Statuten, Teamregeln, Ehrenkodex und die Dopingliste des SOV.

Der Gerichtsstand ist Rafz.

Ort/Datum: _____ Unterschrift vom Spieler: _____

Unterschrift Inhaber der elterlichen Gewalt: _____