



## 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: \_\_\_\_\_

Unterschrift Inhaber der elterlichen Gewalt: \_\_\_\_\_