American Flag Football Club
«Rafz Bulldogs»

Beitrittserklärung

Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	PLZ/Ort	_____
Telefon	_____	Mobile	_____
E-Mail	_____	www	_____
Geburtsdatum	_____	Bürgerort	_____
Name Vater	_____	Name Mutter	_____
E-Mail Vater	_____	E-Mail Mutter	_____
Tel. Vater	_____	Tel. Mutter	_____

Beitritt als ☐ Aktivspieler/In * ☐ 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: _____