

LeichtathletikTeam Schurwald 2015 e.V.

Bitte ausfüllen und per Mail senden an: kontakt@teamschurwald.de

Anmeldung Kinderleichtathletik-Camp vom 4. bis 6. September 2017

Angaben Kind

Nachname (Kind) _____ Vorname (Kind) _____

Geburtsdatum (Kind) _____

Krankenversicherung des Kindes - mitversichert über _____

Besteht eine Lebensmittelunverträglichkeit? Wenn ja, welche? _____

Muss das Kind (regelmäßig) Medikamente einnehmen? Wenn ja, welche? _____

Konfektionsgröße für Funktionsshirt? () 128 () 140 () 152 () 164 () 176

Angaben Erziehungsberechtigte

Nachname _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

E-Mail _____ Telefon _____

Mobiltelefon _____

Teilnahme erfolgt auf eigene Gefahr. Schadenersatzansprüche jeglicher Art sind ausgeschlossen. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben und melde das oben genannte Kind an.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) das LeichtathletikTeam Schurwald 2015 e.V., einmalig eine Zahlung für das Kinderleichtathletik-Camp 2017 von meinem (unseren) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom LeichtathletikTeam Schurwald 2015 e.V. auf mein (unser) Konto eingezogene Lastschrift, einzulösen.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut _____ Kontoinhaber _____

BIC _____ IBAN DE _____

Adresse des Kontoinhabers _____

Ort/Datum _____ Unterschrift (Kontoinhaber) _____