



1. Fußballclub Bayreuth
von 1910 e.V.
allgemeiner Turn- und Sportverein

Bitte bringen Sie diesen Antrag ausgefüllt zum nächsten Training mit und händigen Sie ihn ihrem Trainer aus.

Aufnahme-Antrag

Familienname	Vorname
geboren am	Geburtsort
Wohnort	Straße und Hausnummer
Beruf	Fußball Abteilung im Verein

Ich erkläre hiermit den Eintritt
in den 1. FC Bayreuth e.V.

Ich bin damit einverstanden, dass
das oben genannte Mitglied...

... an öffentlichen Veranstaltungen mit ihrem/seinem Team teilnimmt.

ja nein

... auf Bildern/Videos der Internetseiten und sozialen Netzwerken veröffentlicht wird.

ja nein

§7 Ende der Mitgliedschaft
Die Mitgliedschaft erlischt:

- a) durch den Tod
- b) durch Austritt, der schriftlich mit 3-monatiger Frist zum Ende eines Kalenderjahres beim Vorstand zu erklären ist
- c) durch Ausschluß

Ort, Datum

Name des Erziehungsberechtigten

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Beitrags-Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den 1. FC Bayreuth e.V. widerruflich die fälligen Mitgliedsbeiträge jährlich für das oben genannte Mitglied meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen:

Geldinstitut	Inhaber
IBAN	BIC
Adresse	Unterschrift

Jahresbeiträge:

Erwachsene	78,00€
Ehepaare	108,00€
Familienbeitrag	120,00€

Jugendliche, Studenten, Wehrpflichtige, Personen über 65 Jahre	54,00€
--	--------

Bei Neumitgliedschaft werden 5,00€ für Verwaltungskosten erhoben. Dieser Betrag wird im weiten Jahr der Mitgliedschaft dem Mitglied wieder gutgeschrieben und mit dem Beitrag verrechnet. Bei einjährige Mitgliedschaft verfällt dieser Betrag.



Notfallbogen

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Geburtstag, -ort: _____

Telefon (Mutter): _____

Telefon (Vater): _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnr.: _____

Mein(e) Tochter/Sohn hat folgende Allergien:

Mein(e) Tochter/Sohn nimmt regelmäßig folgende Medikamente:

Mein(e) Tochter/Sohn ist erkrankt an (z.B. Epilepsie, Diabetes, Asthma):

Mein(e) Tochter/Sohn hat folgende Bruchverletzungen erlitten:

Mein(e) Tochter/Sohn hat folgende Bänder-/Sehnen-/Muskelrisse erlitten:

Sonstiges (Herzschrittmacher, Implantate, ...):

Ort, Datum

Name des Erziehungsberechtigten

Unterschrift des Erziehungsberechtigten