



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 <b>Tischtennis</b>
Beruf	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