



Geschwisterkind (bitte eintragen)

bereits SG Mitglied

Vereinsbeitrag +

BREITENSPORT FÜR JUNG/ALT

- Einradfahren
- Kinderturnen Tag: _____ Uhrzeit: _____
- MVK-Turnen Tag: _____ Uhrzeit: _____
- Sportprogramm Turnhallen (inklusive 1x Aqua Fitness)
- Mobil und Sicher im Alter
- Sonstiges: _____

KUNSTTURNEN

- Frühförderung 1 Std. oder Kleingruppe
- Breitensport 1 Std. oder 1,5–2 Std.
- LV-Bereich
- AKROBATIK:** 1 Std. oder 2 Std.

TANZEN

bitte Tanzrichtung eintragen: _____

BALLSPORTARTEN

- Badminton
- Basketball
- Fußball Fußball Hobby
- Handball
- Tennis
- Tischtennis
- Volleyball

KAMPFSPORTARTEN

- Boxen
- Karate Judo

WEITERE SPORTARTEN

- Fechten
- Leichtathletik
- Race Copter
- Radsport
- Rehasport:**
 - Herz Lunge u. Gefäß Orthopädie
- Schach
- Schwimmen Damen
- Schwimmen Kinder** Warteliste
 - Seepferdchen Bronze Silber Gold
- Sport mit Älteren
- Tauchen

Hiermit melde ich mich bei der SG Kaarst an.

X

Datum, Unterschrift

Bei Minderjährigen Unterschrift der Sorgeberechtigten

Bitte beachten Sie die Datenschutzbestimmungen auf gesondertem Formular. Mit Ihrer Unterschrift erkennen Sie diese an!

Bitte in Großbuchstaben deutlich mit Kugelschreiber ausfüllen!

Name, Vorname männl. weibl. divers

Bei Mutter-Vater-Kind-Kursen bitte zusätzlich Name und Geburtsdatum des Kindes

Straße + Hausnummer

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Geburtsdatum _____ Telefon tagsüber _____

Email

Sorgeberechtigter (bei Minderjährigen)

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum _____ Telefon _____

Sportgemeinschaft Kaarst 1912|1935 e.V. | Pestalozzistraße 3a | 41564 Kaarst

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE13ZZZ00000193735

Mandatsreferenz wird mit der Eintrittsbestätigung oder bei der Abbuchung der Mitgliedsbeiträge mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Sportgemeinschaft Kaarst 1912|1935 e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Sportgemeinschaft Kaarst 1912|1935 e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name, Vorname (Kontoinhaber)

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Kreditinstitut

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____

X

Datum, Ort, Unterschrift

Bei Minderjährigen Unterschrift der Sorgeberechtigten

Von der Abteilungsleitung auszufüllen!

Eintrittsdatum in Abteilung

angenommen durch Mitarbeiter: _____

Zustimmung der Abteilung:

Gegen Aufnahme des o.g. Mitglieds bestehen keine Bedenken

Abt.-Leiter: _____

SGV-Nr.: _____

EDV erfasst
