

Einverständniserklärung

Name, Vorname

Verein

Spiellizenznr.

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort

eMail

Telefon

Telefax

Bitte persönliche Daten vollständig ausfüllen.

Hiermit bestätigen wir, dass wir von Squash in Bayern davon in Kenntnis gesetzt wurden, dass eine jährliche ärztliche Untersuchung unseres/r Sohnes/Tochter zur Feststellung der Sporttauglichkeit sinnvoll, aber nicht zwingend vorgeschrieben ist. Es liegt jedoch im eigenen Interesse sowie im Interesse des Jugendlichen, dass mindestens ein Mal jährlich eine umfassende sportärztliche Untersuchung erfolgt.

Hiermit geben wir das Einverständnis, dass unser/e Sohn/Tochter am Spielbetrieb von Squash in Bayern teilnimmt.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Dieses Formular muss einmal an die Geschäftsstelle von Squash in Bayern, Georg-Brauchle-Ring 93, 80992 München, Fax: 0911-3084488836, email: squash@squash-in-bayern.de geschickt werden.