## **Anmeldung Fördertraining**

## Saison 2023/2024



Vorname / Name:		FUSSBALLSCI
Geburtstag:	Verein:	
Anschrift:		
E-Mail/Telefon:		
Krankheiten/Medikamente:		
<u>Vertragliche Vereinbarung:</u>		
<b>§1 Dauer:</b> Das Fördertraining startet ab Oktober 2023 – und geht bis	s Juli 2024 (10 Monate). Der Vertrag endet automatisc	h zum 31.07.2024
<b>§2 Trainingstage:</b> Das Training findet immer freitags statt. Während Schulfe	erien und Feiertagen in Ba-Wü. entfällt das Training.	
§3 Trainingszeiten: Das Fördertraining findet zwischen 16 und 17.15 Uhr statt	it.	
§3 Krankheiten/Verletzungen: Bei Krankheiten oder Verletzungen besteht kein Anspruch Möglichkeit, in einer internen Absprache Lösungen zu find		gen Verletzungen besteht die
§4 Versicherung: Haftpflichtversicherung / Unfallversicherung: Für diese ist dass der Veranstalter für Verletzungen und/oder Unfälle n Teilnehmer keine mir bekannten krankheitsbedingten Eins	nicht in Haftung genommen werden kann. Des Weitere	n versichere ich, dass o.g.
§5 Kosten/Bezahlung: Die Kosten pro Trainingsmonat belaufen sich auf 50,- Eur das Lastschriftmandat ausfüllen. Barzahlungen sind nur m Lastschriftmandat endet automatisch, ohne dass es einer	möglich, wenn der Gesamtbetrag in Höhe von (500 Eu	
<b>§6 Ausfall des Trainings:</b> Sollten Trainingstage ausfallen, die die Fußballschule zu v Absprachen.	vertreten hat, werden diese im September nachgeholt.	. Hierzu gibt es individuelle
<b>§8 Bild- und Videorechte</b> Mit der Teilnahme an dieser Veranstaltung erkläre ich mic einverstanden.	ch mit der Veröffentlichung etwaiger Foto- und Videoau	ıfnahmen von meinem Kind
Hiermit melde ich meinen Sohn/ meine 1	Tochter <u>verbindlich</u> für das Fördertrain	ing der Saison
2023/2024 in	an. Die Regelungen sind mir	bekannt und werden
akzeptiert.		

## **Anmeldung Fördertraining**



## Erteilung einer Einzugsermächtigung

Name des Zahlungsempfängers:	FUFA SPORTS
Anschrift:	Serdar Kurt
	Grieshaberweg 6, 73207 Plochingen
Gläubiger ID:	DE55ZZZ00002633014
	r ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) nden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem /
Zahlungen von meinem / unserem Konto m	Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), nittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen gsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen
Zahlungsart: monatlich	einmalig
Name des Zahlungspflichtigen: (Kontoi	nhaber)
Anschrift:	
IBAN: DE	
BIC:	_
Ort:	Datum:
Unterschrift des Zahlungspflichtigen: (K	(ontoinhaber)