

# VfB Driedorf 1984 e.V.

Mitglied des Landessportbundes und des Hessischen  
Handballverbandes



## Eintrittserklärung

Name: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_  
PLZ Ort: \_\_\_\_\_ Tel. privat: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Tel. mobil: \_\_\_\_\_

**Hiermit erkläre ich meinen Eintritt in den VfB Driedorf 1984 e.V.** Mit meinem Eintritt erkenne ich die Satzung des Vereins an und verpflichte mich, den satzungsgemäßen Beitrag zu entrichten. Der Beitrag wird monatlich erhoben und durch Bankeinzug halbjährlich eingezogen.

Geldinstitut: \_\_\_\_\_ IBAN: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

### Mitgliedsbeiträge:

- |   |                      |
|---|----------------------|
| <input type="radio"/> Minis (ohne Spielerpass)        | 12,50 € halbjährlich |
| <input type="radio"/> Kinder/Jugendliche bis 18 Jahre | 3,50 € monatlich     |
| <input type="radio"/> Erwachsene/passiv               | 5,00 € monatlich     |
| <input type="radio"/> Erwachsene/aktiv                | 6,50 € monatlich     |

### Einverständniserklärung:

Die von mir beim Training oder im Spielbetrieb erstellten Fotos dürfen kostenlos, uneingeschränkt und unbefristet auf der vereinseigenen Homepage sowie den von den Mannschaften genutzten sozialen Medien/Plattformen veröffentlicht werden. Dem Verein erteile ich das uneingeschränkte und unbefristete Recht, die Fotos zum Zwecke der internen sowie externen Werbung kostenlos zu nutzen. Die Fotos werden nicht an dritte Personen weitergegeben oder verkauft.

Bitte einen der beiden Punkte ankreuzen:

- Mein Name **darf** in Verbindung mit Fotos kommuniziert werden.  
 Mein Name **darf nicht** in Verbindung mit Fotos kommuniziert werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Minderjährigen der/die Erziehungsberechtigte/n)

**VfB Driedorf 1984 e.V.**

Mitglied des Landessportbundes und des Hessischen Handballverbandes

## **Persönliche Angaben minderjähriger Vereinsmitglieder**

1. Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

2. Name, Anschrift und Handynummer der/des Erziehungsberechtigten:

---

---

3. Im Notfall zu benachrichtigen (falls abweichend von Erziehungsberechtigten):

---

4. Krankenkasse: \_\_\_\_\_

5. Tetanusimpfung: ( ) ja / ( ) nein      Letzte Impfung: \_\_\_\_\_

6. Allergien (auch gegen bestimmte Medikamente):

---

7. Diese Medikamente müssen ständig genommen werden:

---

8. Chronische Krankheiten (Asthma, Diabetes, etc.):

---

9. Alte noch relevante Verletzungen (Rückenleiden, Kniebeschwerden, etc.):

---

10. Dies ist außerdem zu beachten:

---

11. Mein Kind ist:              Schwimmer ( )      Nichtschwimmer ( )

---

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten