

Einverständniserklärung zur Teilnahme am Volleyball-Spielbetrieb im TV Bühl

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass unten stehende/r Jugendliche/r mit den Mannschaften des TV Bühl am Volleyball-Spielbetrieb teilnehmen darf und bestätige die persönliche und körperliche Eignung für die Teilnahme am Spielbetrieb.

Angaben zum/zur Jugendlichen:

Name	
Vorname	
Straße	
PLZ & Wohnort	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	

Die Verantwortung zur Vornahme einer ärztlichen Untersuchung, in der die Tauglichkeit zum Volleyballspielen festgestellt wird, liegt bei mir als Erziehungsberechtigte/r.

Angaben zum Erziehungsberechtigten:

Name, Vorname	
E-Mail-Adresse	
Telefonnummer	

Bilder, die bei öffentlichen Veranstaltungen von meinem Kind gemacht werden, dürfen im Internet und in Zeitungen veröffentlicht werden.
Sollte ich damit nicht einverstanden sein, werde ich schriftlich widersprechen.

Ich bin außerdem damit einverstanden, dass meine Daten an den entsprechenden Trainer und die Geschäftsstelle des TV Bühl, Abt. Volleyball, weitergeleitet werden dürfen, um Passanträge und organisatorische Dinge abwickeln zu können.

Hiermit erlaube ich meinem Kind die Teilnahme am **Jugend-Spielbetrieb**:

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Hiermit erlaube ich meinem Kind die Teilnahme am **Erwachsenen-Spielbetrieb**:

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r