

Anmeldung Stützpunkttraining

Fußballschule DO IT - soccer university



zwischen der DO IT - soccer university, Geschäftsstelle, Hansmannstr.3 , 52080 Aachen und

dem Kind/Jugendlichen _____, geb. am _____

vertreten durch den/die Erziehungsberechtigte(n) _____

Adresse: _____

Tel.: _____ Email: _____

wird folgende Vereinbarung getroffen:

§ 1 Vertragsgegenstand

Dieser Vertrag berechtigt das Mitglied generell, an den für ihn festgelegten Trainingstagen und -zeiten auf dem von der Fußballschule zur Verfügung gestellten Trainingsgelände am Fußballunterricht teilzunehmen.

§ 2 Vertragsdauer/Gebühren/Kündigung

O Stützpunkttraining SV Eilendorf, Halfenstraße 30, freitags 15.30 Uhr – 17 Uhr

O JFV Broichweiden, montags 16.30 Uhr – 18.00 Uhr

Die Abbuchung erfolgt monatlich zum Tagesdatum der Anmeldung.

Es werden monatlich 30 Euro abgebucht.

Verträge können jederzeit per Email oder Post zum nächsten Abbuchungsdatum gekündigt werden.

Die Zahlung erfolgt durch Einzugsermächtigung. Ermäßigung für sozial schwache Familien nach Rücksprache möglich!

Vertragsbeginn ist Datum der Unterschrift bzw. der _____

Mein Kind spielt derzeit beim Verein: _____

§ 3 Gesundheit/Haftung/Sportanlagenordnung

Der/die Erziehungsberechtigte versichert, dass das Kind/der Jugendliche sportlich voll belastbar ist und keinerlei nicht mitgeteilten Medikamente einnimmt, die die sportliche Leistungsfähigkeit oder das soziale Verhalten belasten können. Eventuelle Verletzungen und Erkrankungen sind durch die Krankenversicherung der Erziehungsberechtigten abgedeckt. Die Fußballschule verfügt über eine Haftungsversicherung. Das Mitglied/der Erziehungsberechtigte erkennt die jeweilige Sportanlagenordnung an.

§ 4 Ausschluss

Sollte sich der Teilnehmer den Anweisungen der Trainer/Betreuer widersetzen oder sich in unzumutbarer Weise gegenüber anderen Kursteilnehmern und Verantwortlichen verhalten, so hat die Fußballschule die Möglichkeit, ihn sofort von der Fußballschule auszuschließen und nach Hause zu schicken. Geleistete Zahlungen sind dann nicht mehr rückforderbar.

Ort, Datum

Unterschrift(en) des/der Erziehungsberechtigten

Einzugsermächtigung SEPA - Lastschrift:

Ich ermächtige / wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (DO IT - socceruniversity), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (DO IT – socceruniversity) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann / wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): _____

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen) : DE _____

BIC (8 oder 11 Stellen): _ _ _ _ DE _ _ _ _ _

Ort, Datum

Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen