



Für die Ausstellung eines Cheerleader-Wettkampf-Passes benötigen wir einige wichtige Unterlagen:

- Einverständniserklärung der Eltern (entfällt bei Volljährigkeit)
- ärztliche Bescheinigung (entfällt bei Volljährigkeit)
- Kopie des Personalausweiß (Vorder- und Rückseite) oder Geburtsurkunde (digital)
- digitales Passfoto

Diese digitalen Dateien bitte an folgende E-Mailadresse senden:

sonja.steiger@hhc-cheerleader.de

ANTRAG auf Neuausstellung eines Cheerleader-Wettkampf-Passes der HHC

Personalien des Sportlers:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Geburtsland:	
Nationalität:	
Straße / Hausnr.:	
PLZ / Ort:	
Telefon:	
E-Mail:	

Mitgliedschaft und Vereinswechsel:

Im Verein Mitglied seit:
Im Vorjahr gemeldet bei:

Erklärung des Sportlers:

Ich bin damit einverstanden, dass ich von obigem Verein als aktiver Sportler für die Saison gemeldet werde. Ich versichere, dass ich die aktuelle Satzung des AFVD / CVD akzeptiere und anerkenne. Ich werde für die laufende Saison bei keinem weiteren Verein oder Landesverband einen weiteren Cheerleader-Wettkampf-Pass beantragen. Ich bin damit einverstanden, dass der oben genannte Verein sowie der AFCV Ba.-Wü. Sportartspezifische Aufnahmen von mir, für Medienzwecke verwenden darf.

Datum

Unterschrift des Sportlers



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Der Eltern / Erziehungsberichtigte

Erziehungsberechtigte(r):

Vorname / Name

Straße

PLZ / Ort

Telefon

Erklärung

Als erziehungsberechtigter Elternteil von _____,
(Vor- und Zuname des Footballers / Cheerleaders)

geboren am ____.____._____, erteile ich meine(r)/(m) Tochter / Sohn bis auf

Widerruf die Erlaubnis den Football- / Cheerleadersport im Verein

Ostalb Highlanders / TSG Schnaitheim auszuüben und an Footballspielen /

Meisterschaften aktiv teilzunehmen

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten



Ärztliche Bescheinigung

Frau / Herr / Schüler(in)

Name, Vorname

Straße

PLZ / Ort

war bei mir in ärztlicher Behandlung.

Es bestehen grundsätzlich keinerlei Bedenken hinsichtlich einer sportlichen Betätigung

Die Teilnahme an sportlichen Aktivitäten ist aus gesundheitlichen Gründen

voraussichtlich bis _____

nur begrenzt möglich

nicht möglich

Ort, Datum

Unterschrift Arzt



Praxisstempel