

Aufnahmeantrag

Pferdesportverein "Steckenpferd" e.V.
Schafpreskeln 1
07557 Gera



Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

bei Minderjährigen Name und Vorname des Erziehungsberechtigten

Straße - Hausnummer

Postleitzahl - Ort

Telefonnummer, Handynummer

E-Mail Adresse

die Aufnahme in den Pferdesportverein "Steckenpferd" e.V. als

- ☐ Hobby Horse Gruppe
- ☐ Kind / Jugendlicher Reiten (0-18 Jahre)
- ☐ Erwachsener Reiten (ab 18 Jahre)

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Vom Verein auszufüllen:

Mitgliedsnummer: _____

Aufnahmegebühr: ☐ Ja ☐ Nein

Einverständniserklärung Foto-/Videoaufnahmen

Pferdesportverein "Steckenpferd" e.V.
Schafpreskeln 1
07557 Gera



(Bitte ausfüllen und Unzutreffendes streichen)

Hiermit erkläre ich mich bis auf Widerruf einverstanden, dass die hier aufgeführten Aufnahmen von

☐ mir

(Name, Vorname)

☐ meinem/n Kind/Kindern

(Name, Vorname)

verwendet werden dürfen und übertrage die Rechte am eigenen Bild für folgende Zwecke an den oben genannten Verein:

- ☐ Auf der Website.
☐ In den sozialen Netzwerken (Facebook, X, Instagram u. a.).

Gleichzeitig erklären wir uns einverstanden mit der Veröffentlichung des Vornamens / der Vornamen von mir / meines Kindes / meiner Kinder. Es werden keine privaten Adressen, E-Mailadressen, Telefon- und Faxnummern publiziert.

Ort, Datum

Unterschrift fotografierte Person (bei allen Personen ab 12 Jahren)

Ort, Datum

Unterschrift Träger elterliche Sorge (bei allen minderjährigen Personen)

Notfallblatt
Reiter / Hobbyhorser



Zucht- und Ausbildungsstall Heller Wassenberg
Schafpreskeln 1
07557 Gera

Angaben zur Person:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße - Hausnummer	Postleitzahl - Ort
Krankenkasse	Versichertennummer

Im Notfall kontaktieren:

Name, Vorname	Verhältnis zum Reiter/Hobbyhorser	Telefon-Nummer
Name, Vorname	Verhältnis zum Reiter/Hobbyhorser	Telefon-Nummer
Name, Vorname	Verhältnis zum Reiter/Hobbyhorser	Telefon-Nummer

Angaben, soweit bekannt:

Blutgruppe
Allergien
Chronische Erkrankungen
Medikamente

Ort, Datum	Unterschrift	(bei Minderjährigen: Name, Vorname und Unterschrift des Erziehungsberechtigten)
------------	--------------	---