



BEITRITTSERKLÄRUNG für Familien

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im KöKi – Verein zur Förderung körperbehinderter Kinder e. V.

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Name, Vorname (Elternteil/Sorgeberechtigter)	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Telefon	
E-Mail	
Eintrittsdatum 01. (Monat)	

Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich mindestens 72,00 Euro.
Dieser wird per SEPA-Lastschriftmandat eingezogen (siehe Anhang).

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Daten unserer Familie, die unsere Mitgliedschaft betreffen, gespeichert und nur zu diesem Zweck verarbeitet werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine E-Mail Adresse für die Zusendung von Vereinsinformationen (z. B. Einladungen, Vereinsangebote) genutzt werden darf.

Datum

Unterschrift



MITGLIEDERDATEN

Angaben zu den Sorgeberechtigten

Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Anschrift		
Telefon		
E-Mail		
Beruf (Angabe freiwillig)		

Angaben zum Kind, welches an Vereinsangeboten teilnimmt bzw. hierfür angemeldet ist:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift (falls von o. g. abweichend): _____

Hat Ihr Kind eine Erkrankung/Behinderung über die wir Bescheid wissen sollten?

Angaben zu weiteren Familienmitgliedern (z. B. Geschwister): *

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

* Angaben freiwillig

