

Zustimmungserklärung im Herrenspielbetrieb

Hiermit erkläre ich, als Erziehungsberechtigte/r, für mein Kind

Name und Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Wohnanschrift

mein Einverständnis zur Teilnahme am Herrenspielbetrieb des FVB

für den Verein _____

in der Saison _____

Name und Vorname des Erziehungsberechtigten

Wohnanschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ärztliches Attest

Der Unterzeichnende als behandelnder Arzt bestätigt mit seiner Unterschrift und Stempel, dass er am heutigen Tag den oben genannten Jugendlichen untersucht hat.

Ärztlicherseits wird bestätigt, dass keine gesundheitlichen Bedenken gegen die Teilnahme am Herrenspielbetrieb und die damit verbundene sportliche Belastung bestehen.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel

Das ausgefüllte Formular ist zu senden an: Spielbetriebskommission des FVB
eingescannt per E-Mail an spieltag@floorball-bayern.de.