

Datum: _____

Datenblatt für den Judopaß

Bitte deutlich schreiben!

Name: _____

Vorname: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Geburtsdatum: _____ Ort: _____

Straße: _____

Postleitzahl, Ort: _____ Ortsteil: _____

Telefon: _____

e-mail: _____

Sind Sie bereits Mitglied beim Post SV Telekom Augsburg?

ja, in der Abteilung _____

nein

Ich/mein Kind leidet unter:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien (welche? _____) | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Behinderungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | |

(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

WICHTIG!

1 Paßfoto mit dem vollen Namen auf der Rückseite beilegen!

Die Aufnahmegebühr beträgt € 50,-. Bitte bringen Sie den Betrag ins Training mit, Sie erhalten eine Quittung.