

Anmeldung Berlin Womens Football Camp

Bitte ausfüllen und entweder per Post an folgende Adresse senden

AFC Berlin Knights e.V. | Dickhardtstrasse 59 | 12159 Berlin

oder per Mail als Scan an camp@berlin-knights.com

Name

Vorname

Strasse | Hausnummer

PLZ

Ort

Mobiltelefon

Geburtsdatum und -ort

Nationalität

Aktueller Verein

Position

Konfektionsgröße

Kontaktperson im Notfall

Kontakttelefon im Notfall

ICH BUCHE VERBINDLICH

Zweitätiges Camp exklusive Übernachtung | Pauschalpreis 90 € brutto inklusive Verpflegung

Vorerkrankungen | Verletzungen | Allergien | Hinweise zur Ernährung

Sonstige Hinweise

Mit meiner Unterschrift erkläre ich die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben. Bei Teilnehmerinnen unter 18 Jahren wird das Einverständnis der/des Erziehungsberechtigten durch die Unterschrift erklärt.

Ich überweise meinen Camp Beitrag auf folgendes Konto:

American Football Club Berlin Knights | IBAN DE04 8306 5408 0004 9898 48 | BIC: GENODEF1SLR

Verwendungszweck: Women Football Camp + Name

Ich erhalte nach Zahlungseingang eine Anmeldebestätigung.

Zum Camp werden Ärzte und Physiotherapeuten vor Ort sein. Ich bin damit einverstanden, dass meine Tauglichkeit zur Teilnahme am Camp aufgrund eventueller Vorverletzungen sowie eventueller auftretender Verletzungen im Camp durch das anwesende medizinische Personal überwacht und wenn nötig behandelt wird. Meine Gesundheitskarte der Krankenversicherung habe ich während des Camps bei mir.

Die anwesenden Trainer / Übungsleiter sind - außer bei festgestellter grober Fahrlässigkeit - nicht für Verletzungen, die ich während des Aufenthalts im Camp erleide, verantwortlich zu machen.

Die Veranstalter - der AFC Berlin Knights e.V. und der AFC Berlin Adler e.V.- sind für Verletzungen oder Diebstahl nicht haftbar zu machen. Ich nehme auf eigenes Risiko am Berlin Womens Football Camp teil.

Ich erkenne an, dass ich bei der Anreise zum Camp vor Ort verpflichtet bin, eine Datenschutzerklärung zu unterschreiben.

Ich erkenne die geltenden Hygieneregeln, die vor Ort aufgrund der Sars-CoV2 Infektionsschutzverordnung des Landes Berlin gelten, an.

Datum | Ort

Unterschrift

Unterschrift Erziehungsberechtigter (wenn erforderlich)