

# SCHRÄCKSLI ZUNFT DIERSBURG e.V.



## Beitrittserklärung Kinder/ Jugendliche bis 18 Jahre

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (Festnetz/ Mobil)

\_\_\_\_\_  
E-Mailadresse

Ich beantrage hiermit die Aufnahme ab dem \_\_\_\_\_ in folgende Gruppe der Schräckslizunft Diersburg e.V. und unterstelle mich deren Richtlinien (Häsordnung, Trainingszeiten, Zusatzkosten, Satzung und Geschäftsordnung).

- Aktives Mitglied
- Schräckсли
- Räbdroll
- Garde/ Nachwuchsgarde
- Stollebloser
- Kosaken

Der Jahresbeitrag beträgt 5 €.

Des Weiteren fallen an: - Einmalzahlung von 200 €  
(nur für Schräckсли & Räbdroll) zahlbar bis zum 01.11 des Beitrittsjahres  
- anteilige Buskosten bis max. 25 €

Der Vereinszweck beinhaltet die Pflege und Erhaltung von fastnächtlichem Brauchtum sowie alle dazugehörenden Aktivitäten. Diese wären das Teilnehmen an Umzügen, Tanz- und sonstigen Auftritten, Training, der Besuch von abendlichen/ nächtlichen Veranstaltungen, Ausflüge, die der Kameradschaftspflege und der sozialen Komponente innerhalb des Vereines dienlich sind.

Der Veröffentlichung von Bildaufnahmen der Vereinsmitglieder im Internet oder sonstigen Publikationen im Rahmen von Vereinsveranstaltungen wird – bis auf schriftlichen Widerruf – zugestimmt.

Die Aufsichtspersonen übernehmen keine Haftung für Personen- oder Sachschäden an den Mitgliedern.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten

Ich/ Wir bin/ sind damit einverstanden, dass mein/ unser Kind mit allen Rechten und Pflichten der Schräckslizunft Diersburg e.V. beitrifft.

\_\_\_\_\_  
Telefonische Erreichbarkeit

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) aller Erziehungsberechtigten

# SCHRÄCKSLI ZUNFT DIERSBURG e.V.



## SEPA- Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Schräckslizunft Diersburg e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschriftmandat einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Schräckslizunft Diersburg e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

---

Name des Kontoinhabers

---

Adresse

---

IBAN

---

BIC

---

Name des Kreditinstituts

---

Ort, Datum

---

Unterschrift  
(bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigte)