



**SPORTVERBAND  
FLENSBURG e.V.**

**Anmeldung**

Veranstaltung:	
Veranstaltungsdatum:	
Vollständiger Name:	
Geschlecht:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
E-Mail:	
Festnetz-/Mobilnummer:	
Verein und ggf. Sparte/Rolle im Verein	
Ggf.: Angabe zu Krankheit, Verletzungen, Allergien, Medikamente	
Mein Verein hat schon ein Schutzkonzept (ja/nein/in der Entwicklung)	
Ich nehme an den Terminen 2,3,4 online teil (ja/nein)	

**Allgemeine Bestimmungen:**

Die Teilnahmegebühr werde ich fristgerecht vor Veranstaltungsbeginn unter Nennung des Veranstaltungs- und Teilnehmernamens auf das Konto des Sportverbandes Flensburg e.V. überweisen:

**IBAN: DE 09 2152 0100 0000 0212 10 Union Bank Flensburg**

Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Verbandszwecke gemäß der aktuellen Datenschutz-Grundverordnung bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit vom Verband Auskunft über diese Daten zu erhalten. Meine Daten werden nach meiner Tätigkeit im Verband nach Aufforderung gelöscht.

Ebenfalls erkläre ich hiermit mein Einverständnis zur Erstellung von Bildaufnahmen meiner Person im Rahmen von Aktivitäten des Verbandes sowie zur Verwendung und Veröffentlichung solcher Bildnisse zum Zwecke der öffentlichen Berichterstattung über das Verbandsleben.

Bei minderjährigen Personen haben neben diesen additiv die Erziehungsberechtigten eingewilligt. Mit dem Ausfüllen und dem Einsenden an den Sportverband Flensburg e.V. wird diesen Bedingungen zugestimmt. Das Dokument ist auch ohne Unterschrift gültig.