

# Anmeldung Eltern-Kind-KiSS



An die Geschäftsstelle der  
**Turn- und Sportgemeinde (TSG) Söflingen 1864 e.V.**

Harthäuser Straße 99 · 89081 Ulm

Telefon: **0731 / 93 666-0** · Fax: **0731 / 93 666-23**

E-Mail: **info@tsg-soeflingen.de**

www.tsg-soeflingen.de · www.facebook.com/TSG1864

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

**DE 82 ZZZ 00000157961**

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Kindersportschule der TSG Söflingen 1864 e.V.. Ich erkenne die Vereinssatzung an und gebe die Einwilligung gemäß dem Bundesdatenschutzgesetz zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen geschützten Daten. Zudem erkenne ich die aktuelle Beitragsordnung des Hauptvereins an. Ebenso stimme ich den Nutzungsbestimmungen der TSG Söflingen zu. Ich entbinde den betreuenden Sportarzt von seiner Schweigepflicht gegenüber den Lehrkräften der KiSS.

**Eine Mitgliedschaft bei der TSG Söflingen ist für das Kind und ein Elternteil zwingend erforderlich.**

**Hiermit melde ich mein Kind verbindlich an:**

Eltern-Kind-KiSS (EKK)      - Klasse:

Kind ist Mitglied der TSG Söflingen     Nichtmitglied

Elternteil ist Mitglied der TSG Söflingen     Nichtmitglied

**Angaben zur Person / zum Zahlungspflichtigen:**

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname Mutter      Vor- und Nachname Vater

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum                      Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail Adresse

\_\_\_\_\_  
Abteilung                              Eintrittsdatum

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r / Zahlungspflichtige/r

Hinweise:

- Die Angaben der IBAN und BIC/SWIFT-Nummern sind zwingend erforderlich.
- Eine Rückgabe des Lastschriftmandats an die TSG Söflingen 1864 e.V. ist nur im Original, nicht jedoch als Fax oder E-Mail zulässig.
- Es kann nur ein Lastschriftmandat bzw. eine Konto-Verbindung hinterlegt werden.
- Abbuchungen von einem Sparbuch sind nicht möglich.

Ich ermächtige/wir ermächtigen die TSG Söflingen 1864 e.V. Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die TSG Söflingen 1864 e.V. auf mein/unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen. Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen.

**Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.**

**Das SEPA-Lastschriftmandat gilt für folgende Zahlungen:**  
(bitte ankreuzen)

- Gebühren für die Angebote der Kindersportschule (KiSS)

**Angaben zum Kontoinhaber:**

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum                      Telefon

DE \_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC / SWIFT

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber/in