



# TAEKWONDO

## Verein Kössen/Tirol

seit 1975



TAE-KWON-DO Verein Lechthaler Alex Hütte 24, 6345 Kössen Tel.: +43 6763661399, E-Mail [tkd-koessen@gmx.at](mailto:tkd-koessen@gmx.at) ZVR-246441389

Vor- und Zuname \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum und Ort \_\_\_\_\_  
 Staatsbürgerschaft \_\_\_\_\_  
 Anschrift Plz.: \_\_\_\_\_ Nation.: \_\_\_\_\_  
 Ort.: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_  
 E-Mail \_\_\_\_\_  
 Sonstige Sportvereine \_\_\_\_\_

Bankverbindung  
 Raiffeisenkasse Kössen  
 BLZ 36264 Konto -Nr. 21931  
 IBAN: AT 16362640000021931  
 BIC: RZTIAT 22264

***Ich erkläre, dass ich mit folgenden Verpflichtungen dem Verein gegenüber einverstanden bin.***

1. Ich bin mir dessen bewusst, dass das im Training erlernte rein sportlichen Charakter trägt und deshalb nur im äußersten Notfall gegen Außenstehende angewandt werden darf.
2. Ich erkläre mich mit den Vereinsstatuten einverstanden und desgleichen mit den sich daraus ergebenden Rechten und Pflichten.
3. Im Falle des Austrittes (schriftlich) aus dem Verein, bin ich verpflichtet den Mitgliedsbeitrag ein weiteres Quartal zu bezahlen (3 Monate Kündigungsfrist). Bei jährlicher Bezahlung des Mitgliedsbeitrages wird der Überschussbetrag zurückerstattet.
4. Der Verein hat jederzeit das Recht, mich bei schweren oder wiederholten Vergehen gegen die Statuten vom Verein auszuschließen.
5. Ich bin einverstanden, dass meine oben angebenen Daten für Vereinzwecke und Verwaltung auf **EDV** gespeichert und meine Daten und Fotos ins Internet und in Zeitungsartikel veröffentlicht werden.

Kössen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Obmann des TKD-Verein Kössen

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Mitgliedes  
 (bei Minderjährigkeit Unterschrift des  
 Erziehungsberechtigten)

**Vom Arzt auszufüllen**

**Hiermit wird bestätigt, dass o.a. Proband/in in guter gesundheitlicher Verfassung ist und die Eignung hat, den Tae Kwon Do Sport durchzuführen**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes