

Hamburger Volleyball-Verband e. V.

Geschäftsstelle: Schäferkampsallee 1, 20357 Hamburg
Tel.: 040/41908 240 Fax: 040/452190

Bestätigung für Jugendfreigabe

Von dem/der/den folgenden JugendspielerIn/nen der

Frauen/Männer..... liegt dem
Spielklasse + Staffel Verein

die schriftliche Zustimmung der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten und ein sportärztliches Gesundheitszeugnis vor:

Hinweis: Der Verein haftet, wenn die Unterlagen nicht vorliegen

Name	Vorname	Geburtsdatum

....., den
Ort Datum AbteilungsleiterIn

Hamburger Volleyball-Verband e. V.

Geschäftsstelle: Schäferkampsallee 1, 20357 Hamburg
Tel.: 040/41908 240 Fax: 040/452190

Bestätigung für Jugendfreigabe

Von dem/der/den folgenden JugendspielerIn/nen der

Frauen/Männer..... liegt dem
Spielklasse + Staffel Verein

die schriftliche Zustimmung der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten und ein sportärztliches Gesundheitszeugnis vor:

Hinweis: Der Verein haftet, wenn die Unterlagen nicht vorliegen

Name	Vorname	Geburtsdatum

....., den
Ort Datum AbteilungsleiterIn