



Probetraining SG Rotation Leipzig 1950 e.V.

SG ROTATION
Leipzig 1950 e. V.

<input type="checkbox"/> A-Junioren (U19/U18) <input type="checkbox"/> B-Junioren (U17/U16) <input type="checkbox"/> C-Junioren (U 15/U14)	
<input type="checkbox"/> D-Junioren (U13/U12) <input type="checkbox"/> E-Junioren (U11/U10) <input type="checkbox"/> F-Junioren (U9/U8) <input type="checkbox"/> G-Junioren	
Zeitraum: (max. 2-3 Wochen)	

Name:		Vorname:	
PLZ, Ort:			
Straße, Hausnr.:			
Geburtstag		Nationalität:	
Tel. (privat):			
Tel. (mobil):			
E-Mail:			
Schultyp:		Klassenstufe:	

Aktueller Verein:	
Aktuelle Spielklasse:	
Position:	<input type="checkbox"/> Tor <input type="checkbox"/> Abwehr <input type="checkbox"/> Mittelfeld <input type="checkbox"/> Angriff <input type="checkbox"/> zentral <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> offensiv <input type="checkbox"/> defensiv
Spielbein:	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidfüßig

Gesetzliche Vertretung des Probespielers:

Die Erziehungsberechtigten bestätigen durch Ihre Unterschrift Ihr Einverständnis, erteilen die Zustimmung für die Teilnahme am Probetraining und versichern, dass o.g. Spieler über eine Unfall- und Krankenversicherung geschützt ist. Eventuelle Kostenansprüche sowie Ansprüche aus Schäden und Verletzungen aus der Maßnahme werden nicht gegen die SG Rotation Leipzig 1950 e.V. geltend gemacht.

Datum / Unterschrift (Erziehungsberechtigte)

Bitte nicht ausfüllen!

Team Rotation: _____ **Trainer:** _____

Probetrainingstermine: _____