



KREISFUßBALLVERBAND Dithmarschen



An den Kreisjugendausschuß des KFV - Dithmarschen

Wolfgang Schröder, Kummerfeldweg 26, 25779 Hennstedt, Tel.:04836 – 861296, FAX: 04836-861297, E-Mail: post.schroeder@t-online

Antrag auf vorzeitige Freigabe gemäß § 17 der SHFV - Jugendordnung

Der Vereinbeantragt,
den Spieler/die Spielerin
geb. amPassnummer..... gem § 17 der SHFV - Jugendordnung für die
Herrenmannschaft / Frauenmannschaften freizugeben.

Der Spieler / Die Spielerin
besitzt die Spielerlaubnis für den Verein seit dem

Beizufügende Unterlagen:

- 1.) Gültiger Spielerpaß mit einem **zeitgemäßen** Passbild
(Anträge ohne zeitgemäßes Passbild werden **unbearbeitet** zurückgegeben!)
- 2.) Schriftliche Zustimmung des **Vereinsfußball/ SG** -Jugendobmannes (siehe umseitig)
- 3.) Schriftliches Einverständnis der Eltern oder des gesetzlichen Vertreters (siehe umseitig)
(Wenn Spieler oder Spielerin das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat)
- 4.) Ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung (siehe umseitig)
- 5.) Gebühren **25,00€** pro Antrag

Der antragstellende Verein bestätigt ausdrücklich,
dass **alle** Forderungen des § 17 Abs.5 – 12 der SHFV - Jugendordnung erfüllt sind.

Dem Verein ist bekannt, dass **falsche** Angaben zur **Aufhebung** der Freigabe führen und der Verein nach § 3 des Melde- und Paßwesens und nach § 29 der Spielordnung der SHFV - Satzung zur Rechenschaft gezogen wird.

Ort:....., den

(Vereinsstempel)

(Unterschrift Fußballobmann)

Zustimmung des Vereinsfußball/ SG - Jugendobmannes

Hiermit stimme ich dem umseitigen Freigabeantrag zu.

....., den
(Ort) (Datum)

.....
(Unterschrift Jugendobmann)

Einverständniserklärung der Eltern oder des gesetzlichen Vertreters

(Wenn Spieler oder Spielerin das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat)

Hiermit stimme (n) ich/wir dem umseitigen Freigabeantrag zu.

....., den
(Ort) (Datum)

.....
(Unterschrift der Eltern oder gesetzl. Vertreter)

Ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung

(Die Bescheinigung ist auf Kosten des Spielers / der Spielerin beizubringen)

Gegen den Einsatz des Spielers / der Spielerin:.....,

geb. am in einer Herren- / Frauen - Fußballmannschaft
bestehen keine ärztlicherseits Bedenken.

....., den (Ort)
(Datum)

.....
(Stempel und Unterschrift des Arztes)