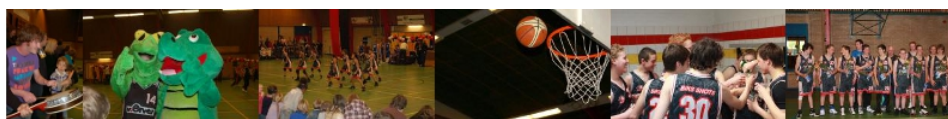


Wil je het lidmaatschap opzeggen, of veranderen, vul dan dit formulier in en stuur het naar **Secretaris@biksshots.nl**.
Op dit lidmaatschap zijn de reglementen van de club van toepassing (Statuten en Huishoudelijk reglement, boeteregeling etc.).
Het lid verklaart hierbij akkoord te gaan met de inhoud. Op verzoek zijn deze ter inzage bij het Bestuur.

Voornaam:		Geboortedatum:	
Achternaam:		Geslacht: (M/V)	
Adres:			
Postcode:		Woonplaats:	
Telefoon:		Mobiel:	
E-mailadres:			
Lever pasfoto digitaal aan of plaats hier	Zal deelnemen aan: (Kruis gewenste keuze aan)		
	<input type="checkbox"/>	Trainingen + Competitiewedstrijden	
	<input type="checkbox"/>	Trainingen	
	<input type="checkbox"/>	Geen trainingen (Rustend lid)	
	<input type="checkbox"/>	Trainen van groepen	Voorkeur:
<input type="checkbox"/>	Coachen van groepen	Voorkeur:	<input type="text"/>
	Bent u lid geweest van een andere Basketball vereniging? Zo ja Welke?:		<input type="text"/>
Zegt lidmaatschap op:	<input type="text"/>	En heeft Tenue ingeleverd bij trainer:	<input type="text"/>
NIET TIJDIG OPZEGGEN VERLENGT MET 1 SEIZOEN			
Vanaf 1 Mei wordt het huidige lidmaatschap automatisch met 1 seizoen verlengd! Bij beëindiging van het lidmaatschap stopt de machtiging automatisch.			
Alleen voor jeugdleden onder 16 jaar, Handtekening ouder/verzorger		Handtekening deelnemer:	
MACHTIGING (VERPLICHT!)			
Naam:	<input type="text"/>		
Ondergetekende, verklaart hierbij een doorlopende machtiging te verlenen aan Basketball Vereniging BIKS SHOTS om bedragen verschuldigd aan de vereniging (contributies, boetes) van zijn/haar bank/girorekening af te schrijven.			
Het IBAN rekeningnummer is:	<input type="text"/>		
Datum:	<input type="text"/>		
Indien een girorekening op een andere naam en/of adres geregistreerd staat dan hierboven is vermeld, graag hieronder de gegevens invullen:			
Adres:	<input type="text"/>		
Postcode:		Woonplaats:	<input type="text"/>
Handtekening rekeninghouder:	<input type="text"/>		

Wanneer het lid zich inschrijft voor het Gehandicapten team dient pagina 2 ingevuld te worden.



Vervoer:		
In geval van nood waarschuwen		
Contactpersoon 1		
Naam:		
Telefoonnummer:		
Contactpersoon 2		
Naam		
Telefoonnummer		
Gegevens huisarts		
Naam huisarts		
Adres		
Telefoonnummer		
Bij eventuele Beperking/Handicap/Ziekte		
Deelnemer heeft de beperking/handicap/ziekte:		
Symptomen/kenmerken:		
Heeft de deelnemer last van epilepsie of andere onverwachte veranderingen in gedrag of bewustzijn?		
Gebruik van medicijnen		
Deelnemer gebruikt de volgende medicijnen (Latijnse benaming)		
Overige aandachtspunten		
Hierbij wordt <input type="checkbox"/> toestemming verleent aan de begeleiders van de groep, om het medicijn toe te dienen.		
Indien wel toestemming. De bijsluiters en verpakking is bijgeleverd.		
Ik verklaar hierbij dat de vereniging op geen enkele wijze aansprakelijk zal worden gesteld voor eventuele gevolgen na toedienen van het medicijn, of niet toedienen van het medicijn.		
Naam ouder/verzorger:		
Handtekening		

