

Einverständniserklärung für minderjährige Mitglieder der Bruderschaft

Unser minderjähriger Sohn hat die Aufnahme in die



**St. Sebastian Schützenbruderschaft Schwaney 1733 e. V.
33184 Altenbeken-Schwaney**

beantragt. Zu diesem Aufnahmeantrag geben wir als gesetzliche Vertreter die nachfolgende Einverständniserklärung ab.

Wir gestatten

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ geb. _____

Plz: _____ Wohnort: _____

der St. Sebastian Schützenbruderschaft 1733 Schwaney e. V. beizutreten und an den Veranstaltungen des Vereins teilzunehmen.

Während den Veranstaltungen des Vereins wird unser Sohn von uns selbst beaufsichtigt oder bei auswärtigen Veranstaltungen (z.Bsp. Ausmärsche, Verbandstage) der Aufsicht des Jungschützenmeisters der Bruderschaft unterstellt. Der Jungschützenmeister kann die Aufsichtspflicht in Einzelfällen auf ein anderes Mitglied des Vorstandes der Jungschützen übertragen.

Wir geben unser Einverständnis, dass sich unser Sohn – nach erfolgter Abmeldung bei der Aufsichtsperson – auch vom Ort der Veranstaltung entfernen kann. Die Aufsichtspflicht erlischt nach der Abmeldung und beginnt erst wieder nach der Rückmeldung bei der Aufsichtsperson. Entfernt sich unser Sohn ohne Wissen der Aufsichtsperson von der Gemeinschaft, so erlischt die Aufsichtspflicht, bis die Ausübung der Aufsicht wieder möglich ist.

Die Aufsichtspflicht erlischt ebenfalls, wenn unser Sohn einer Anordnung der Aufsichtsperson zuwider handelt. Bei schwerwiegenden Verstößen bei auswärtigen Veranstaltungen kann unser Sohn aufgefordert werden, die Gemeinschaft zu verlassen. In diesem Fall hat er auf eigene Kosten nach Hause zu fahren.

Bei Teilnahmen an Veranstaltungen des Vereines gelten die Bestimmungen der gesetzlichen Unfallversicherung. Der Verein hat eine private Haftpflichtversicherung abgeschlossen, falls Mitglieder des Vereins einen Dritten bei Vereinsveranstaltungen fahrlässig schädigen.

Für Notfälle bestätigen wir hiermit, dass unser Sohn krankenversichert ist. Bei auswärtigen Veranstaltungen führt er die entsprechende Chipkarte der Krankenversicherung bei sich.

Ort, Datum

gesetzliche Vertreter

Tefonnummern für Kontaktaufnahme:

Festnetz: _____ Handy: _____