



Aufnahmeantrag Mitgliedschaft – Circus Gaudimus

Hiermit stelle ich den Antrag auf Mitgliedschaft im Verein Moving Line Weimar e.V. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Beitragsordnung des Vereins an. Ich nehme am SEPA-Lastschriftverfahren teil. Nachstehende personenbezogene Daten sind notwendig zum Zwecke der Durchführung des bestehenden Vertragsverhältnisses und werden auf der Grundlage des Bundesdatenschutzgesetzes erhoben. Alle Angaben sind **Pflichtangaben**. Freiwillige Angaben sind gekennzeichnet. Wir empfehlen eine Kopie für Ihre Unterlagen anzufertigen. **Bitte leserlich und in Druckschrift ausfüllen!**

Mitgliedsdaten		
Name	Vorname	
Straße	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Geburtsdatum
PLZ/Ort		
Mobil (Erreichbarkeit für wichtige Info und Notfall)	Tel. alternativ (freiwillige Angabe)	
E-Mail	Schule (für Organisation und Planung von Veranstaltungen/Auftritten)	
Aktive Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Vollzahler <input type="checkbox"/> Ermäßigt (bis 18 J., Schüler, Arbeitslose, Rentner, Behinderung >=20) <input type="checkbox"/> Trainer/aktive Übungsleiter <input type="checkbox"/> in Ausbildung (Auszubildende, Studenten, FSJ, FÖJ, Bundesfrei.w.d.) <input type="checkbox"/> Geschwisterbeitrag (ab 2. Kind als Mitglied)	Fördermitgliedschaft (nicht aktiv trainierende Mitglieder) <input type="checkbox"/> natürliche Person <input type="checkbox"/> juristische Person Grundlage ist die Beitragsordnung mit Beschluss vom 04.02.2019 und 04.03.2019.	
Bei Ermäßigungen sind entsprechende Unterlagen beizufügen!		
Ort/Datum	Unterschrift Mitglied (auch minderjährige Mitglieder)	
Daten Erziehungs-/Sorgeberechtigte(r) 1 – wenn nicht volljährig/geschäftsfähig		
Name	Vorname	
Straße	PLZ/Ort	
Mobil (Erreichbarkeit für wichtige Info und Notfall)	Tel. alternativ (freiwillige Angabe)	
E-Mail		
Ort/Datum	Unterschrift (Erziehungs-/Sorgeberechtigte(r))	
Daten Erziehungs-/Sorgeberechtigte(r) 2 – bei nur eine(r/m) Erziehungs-/Sorgeberechtigten bitte freilassen.		
Name	Vorname	
Straße	PLZ/Ort	
Mobil (Erreichbarkeit für wichtige Info und Notfall)	Tel. alternativ (freiwillige Angabe)	
E-Mail		
Ort/Datum /	Unterschrift (Erziehungs-/Sorgeberechtigte(r))	
Interne Vermerke – nicht vom Antragsteller auszufüllen!		
Eingangsdatum	Aufnahme zum	Beitrag
Mitgliedsnummer	Abmeldung/Ummeldung am	Vermerk

Datenverarbeitung und Weitergabe

Ich bin mit der Speicherung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten, auf der Grundlage des BDSG, zum Zweck der Mitgliedschaft und damit verbundene Rechte und Pflichten einverstanden. **Sie haben das Recht**, sofern Ihr Wunsch nicht mit einer gesetzlichen Pflicht zur Aufbewahrung von Daten (z.B. Vorratsdatenspeicherung) kollidiert, dass personenbezogene Daten gelöscht werden oder ggf. eine Einschränkung der Datenverarbeitung erfolgt.

Sie haben das Recht, auf Antrag eine kostenlose Auskunft darüber zu erhalten, welche personenbezogenen Daten über Sie gespeichert wurden. Sie haben das Recht auf Berichtigung falscher Daten. Sie können eine Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde einreichen, wenn Sie annehmen, dass Ihre Daten unrechtmäßig verarbeitet wurden.

Ich willige ein, dass mich der Verein postalisch, per E-Mail, Telefon/ Fax oder SMS über zweckgebundene Sachverhalte und Veranstaltungen informieren und kontaktieren darf.

Veröffentlichung von Fotos, Videos

Ich erkläre, jederzeit widerruflich, mein Einverständnis, dass Fotografien, Videos von Aktivitäten, auf denen ich zu erkennen bin, im Rahmen der nachfolgend aufgeführten Publikationen veröffentlicht werden dürfen. Bei Minderjährigen ist die Einwilligung der Personensorgeberechtigten erforderlich. Bei Minderjährigen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, ist auch deren Unterschrift erforderlich!

Bitte ankreuzen: 

- Internetpräsenz (Homepage Verein, der Schule und Partner)
- Berichterstattung in Medien (Zeitungen, Jahresschriften, Flyer, Aushänge)
- Aufnahmen durch Funk und Fernsehen
- Veröffentlichungen in sozialen Netzwerken

Es werden keine privaten Adressen, E-Mailadressen, Telefon- und Faxnummern publiziert.

Wir weisen darauf hin, dass Fotos und Videos bei Veröffentlichungen im Internet weltweit abrufbar sind. Eine Weiterverwendung durch Dritte kann nicht ausgeschlossen werden. Auf Fotos und Videos durch Fremdpersonen bei öffentlichen Veranstaltungen hat der Verein keinen Einfluss.

Mir/ uns ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann. Bei Veröffentlichung eines Gruppenfotos führt der spätere Widerruf einer einzelnen Person nicht dazu, dass das Bild entfernt werden muss. **Ein Widerspruch/Auslassen einzelner Positionen hat evtl. zur Folge, dass Mitglieder nicht an öffentlichen Veranstaltungen, Auftritte/ Präsentationen, teilnehmen können.**

Ich bin einverstanden, dass Fotos und Videos im Auftrag für den Verein oder aus privaten Archiven freiwillig und unentgeltlich zur satzungsgemäßen Verwendung zur Verfügung gestellt werden. Es erfolgt eine Abtretung der Bild- und Tonrechte an den Verein Moving Line Weimar e.V.

Versicherungsschutz

Während der Zeit der Mitgliedschaft besteht ein **Grundversicherungsschutz**. Bestandteil der Versicherung ist die Unfallversicherung, die sich auf satzungsgemäße Veranstaltungen bezieht, einschließlich Wegerisiko. Es ersetzt nicht die private Vorsorge.

Fahrer und ihre Kraftfahrzeuge sind **nicht** über den Verein haftpflichtversichert.

Name d. Mitglieds: _____ Datum/Unterschrift: _____

Sorgeberechtigte(r) 1 _____ Datum/Unterschrift _____

Sorgeberechtigte(r) 2 _____ Datum/Unterschrift _____

Beitragseinzug für das Mitglied:

Name:

Vorname:

SEPA-Lastschriftmandat	
Der Einzug erfolgt vierteljährlich	Name des Zahlungsempfängers: Moving Line Weimar e. V.
Anschrift des Zahlungsempfängers: Straße/Hausnummer: Amalienstraße 4 Postleitzahl und Ort: 99423 Weimar Land: Deutschland	
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE89MLW00002199976	Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)
<p>Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger Moving Line Weimar e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungs-empfänger Moving Line Weimar e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p>Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen</p>	
<p>Wichtiger Hinweis durch den Verein: Wenn Ihr Konto die Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Institutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen sind im Lastschriftverkehr nicht möglich. Sorgen Sie bitte im Vorfeld für eine ausreichende Kontodeckung. Rückbuchungskosten trägt das Mitglied / der Zahlungspflichtige in begründeten Fällen selbst.</p>	
Zahlungsart: <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> einmalige Zahlung	
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber, Angaben freigestellt): Straße/Hausnummer: Postleitzahl und Ort: Land: Deutschland	
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen):	
BIC (8 oder 11 Stellen):	
Ort:	Datum (TT/MM/JJJJ):
Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): _____	

Gesundheitsformular - Circus Gaudimus

Die nachfolgenden Daten werden von unseren Trainer/innen vertraulich behandelt und dienen lediglich der Absicherung der Gesundheit und Sicherheit Ihres Kindes während des Trainings. Außerdem erlauben Sie unseren Trainern/innen im äußerst seltenen Falle eines akuten Notfalls dem medizinischen Personal wichtige gesundheitliche Informationen weiterzuleiten und damit die bestmögliche Behandlung Ihres Kindes zu gewährleisten.

Alle Angaben sind freiwillig auszufüllen.

Mein Kind _____ weist gesundheitliche Einschränkungen auf:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:	
Bewegungsapparat (Gelenke, Knochen, ect.)	<input type="checkbox"/>
Kardiovaskuläre (Herz-Kreislauf) Einschränkungen	<input type="checkbox"/>
Pulmonale (Atmungsorgane) Einschränkungen (z.B. Asthma)	<input type="checkbox"/>
Neuronale (nervliche) Einschränkungen	<input type="checkbox"/>
Psychische, mentale Einschränkungen	<input type="checkbox"/>
Andere	<input type="checkbox"/>
Mein Kind nimmt regelmäßig Medikamente, welche das Verhalten beeinflussen können	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche: _____	
Wenn ja, worauf sollen die Trainer/innen achten:	
Sonstige Anmerkungen:	
<i>Z.B. Mein Kind besitzt seit Geburt zwei unterschiedlich große Pupillen. Diese sorgen für keine gesundheitlichen Einschränkungen, können aber im Notfall vom Arzt als Hirnblutung fehlgedeutet werden.</i>	
<i>Oder existieren z.B. besondere familiäre Umstände, weshalb die Trainer/innen auf emotionale Unterstützung achten sollen.</i>	

Datenverarbeitung und Weitergabe

Ich bin mit der Speicherung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten, auf der Grundlage des BDSG, zum Zweck der Mitgliedschaft und damit verbundene Rechte und Pflichten einverstanden.

Sie haben das Recht, sofern Ihr Wunsch nicht mit einer gesetzlichen Pflicht zur Aufbewahrung von Daten (z.B. Vorratsdatenspeicherung) kollidiert, dass personenbezogene Daten gelöscht werden oder ggf. eine Einschränkung der Datenverarbeitung erfolgt.

Sie haben das Recht, auf Antrag eine kostenlose Auskunft darüber zu erhalten, welche personenbezogenen Daten über Sie gespeichert wurden. Sie haben das Recht auf Berichtigung falscher Daten. Sie können eine Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde einreichen, wenn Sie annehmen, dass Ihre Daten unrechtmäßig verarbeitet wurden.

Name d. Mitglieds: Datum/Unterschrift: _____

Sorgeberechtigte(r) 1 Datum/Unterschrift _____

Sorgeberechtigte(r) 2 Datum/Unterschrift _____