



AANMELDINGSFORMULIER DOLFIJNENCLUB SBC2000

Dit formulier, volledig ingevuld, z.s.m. opsturen naar :

René en Marlies Wirken
Peppelhof 15
4844 TB Terheijden
Tel: 076-5933587
E-mail: r.wirken@ziggo.nl
Teamleiders Dolfijnenclub



Dit hoeft je niet in te vullen

Datum lidmaatschap:

Lidmaatschapsnummer:

Paraaf ledenadministratie:

Dit formulier wordt vertrouwelijk behandeld.

Naam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoon:

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

Plak hier jouw pasfoto

E-mailadres nieuw lid en/of begeleid(st)er:

Onderstaande meerkeuzevragen a.u.b. invullen (bij * zijn meerdere antwoorden mogelijk)

- Woonsituatie:
- ouders
 - woonvoorziening
 - zelfstandig
 - anders, nl

- Zwemniveau: *
- ik heb watervrees
 - geen diploma's
 - diploma A
 - diploma B
 - diploma C
 - anders, nl

- Ik wil bij de Dolfijnenclub om: *
- plezier te hebben
 - zwemtechnieken aan te leren
 - watervrees te overwinnen
 - anders, nl

De jaarcontributie (zie www.mysbc.nl voor de tarieven en voorwaarden) wordt in 12 maandelijkse termijnen automatisch geïncasseerd op basis van een DOORLOPENDE MACHTIGING SEPA. Het Incassant ID van ZV SBC200 is NL47ZZZ201294870000.

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan ZV SBC2000 om doorlopende incasso-opdrachten te sturen naar uw bank om een bedrag van uw rekening af te schrijven en aan uw bank om doorlopend een bedrag van uw rekening af te schrijven overeenkomstig de opdracht van ZV SBC2000. Zie onze website voor de machtiging voor standaard Europese incasso SEPA. Als u het niet eens bent met deze afschrijving kunt u deze laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Vraag uw bank naar de voorwaarde.

IBAN Rekeningnummer: **t.n.v.**

Handtekening (of handtekening ouder/verzorger bij minderjarige):

Medische achtergrond

Deze vragen gaan over je gezondheid. Ze zijn belangrijk voor ons, zodat wij weten wat er aan de hand kan zijn. Onvolledig invullen kan leiden tot het niet accuraat handelen tijdens calamiteiten. De informatie zal vertrouwelijk worden behandeld.

Huisarts:

Telefoonnummer huisarts:

In geval van nood waarschuwen:

Naam:

Telefoonnummer(s):

Wat is je verstandelijke niveau?: Ongeveer jaar.

Schoolopleiding:

Eventuele extra informatie die belangrijk voor ons is i.v.m. extra begeleiding:

.....

.....

Heb je een dieet?: * JA NEE

Bij JA, waarvoor?:

Slik je medicijnen?: * JA NEE

Bij JA, waarvoor?:

Heb je een bijkomende handicap?: * JA NEE

(bijvoorbeeld een lichamelijke handicap, visuele-, auditieve handicap, epilepsie)

Bij JA, welke?:

Bij Epilepsie:

Slik je hiervoor medicijnen?: * JA NEE

Bij JA, welke?:

Hoe vaak heb je een aanval?:

Hoe ziet een aanval eruit?:

Wanneer was je laatste aanval?:

Zijn er omstandigheden/ situaties die een aanval oproepen?:

Zijn er nog meer dingen die wij over je epilepsie moeten weten?:

Toestemming voor foto opnames uit de groep voor plaatsing op de website: * AKKOORD / NIET AKKOORD

Bij * omcirkel wat van toepassing is.

Bij epilepsie, graag het protocol van handelen bij een aanval, bijvoegen!