

Mitgliedsantrag

für Team Bananenflanke Ulm e.V.



Hiermit beantrage ich meine Aufnahme im Verein Team Bananenflanke e.V.

Für die Mitgliedschaft gelten die Satzung und die Ordnungen des Vereins. Diese erkenne ich mit meiner Unterschrift an.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Verein Bilder und Filmmaterial zur Präsentation und Außendarstellung des Vereins und deren Sponsoren verwenden darf und erkenne somit auch die aktuelle Datenschutzerklärung an. Ich verpflichte mich den Jahresbeitrag für die Dauer meiner Mitgliedschaft jährlich zu begleichen.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- ☐ **Mitgliedschaft des Kindes** **20,00€ jährlich**
(Kinder/Jugendliche unter 18 Jahre)
- ☐ **Mitgliedschaft eines Erwachsenen** **60,00€ jährlich**
- ☐ **Familienmitgliedschaft** **90,00€ jährlich**
(gilt für alle auf Seite 2 und im gleichen Haushalt lebenden Familienmitglieder)

Name:	_____	Vorname:	_____
Straße:	_____	Hausnummer:	_____
PLZ:	_____	Wohnort:	_____
Telefon:	_____	Mobil:	_____
Geburtsdatum:	_____	E-Mail:	_____

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten digital beim Team Bananenflanke Ulm e.V. gespeichert werden. Dies erfolgt ausschließlich zum Zweck der Mitgliederverwaltung im Rahmen der satzungsgemäßen Arbeit innerhalb des Vereins.

Datum

Unterschrift

Team Bananenflanke Ulm e.V. | Neue Gasse 20 | 89077 Ulm
Mail: ulm@team-bananenflanke.de | Web: www.team-bananenflanke.de/ulm
Amtsgericht Ulm VR 720793 | Vertreten durch Andreas Ried
Volksbank Neu-Ulm e.G. | IBAN: DE72 7306 1191 0001 5461 55 | BIC: GENODEFINU1
Volksbank Ulm-Biberach e.G. | IBAN: DE61 6309 0100 0134 2210 01 | BIC: ULMVDE66

Familien- Mitgliedsantrag

für das Team Bananenflanke Ulm e.V.



Weitere Personen bitte hier eintragen (bitte nur bei einer Familienmitgliedschaft im Verein ausfüllen).

Name:		Vorname:		Geburtsdatum:	
Unterschrift:					

Name:		Vorname:		Geburtsdatum:	
Unterschrift:					

Name:		Vorname:		Geburtsdatum:	
Unterschrift:					

Name:		Vorname:		Geburtsdatum:	
Unterschrift:					

Name:		Vorname:		Geburtsdatum:	
Unterschrift:					

Name:		Vorname:		Geburtsdatum:	
Unterschrift:					

Team Bananenflanke Ulm e.V. | Neue Gasse 20 | 89077 Ulm
Mail: ulm@team-bananenflanke.de | Web: www.team-bananenflanke.de/ulm
Amtsgericht Ulm VR 720793 | Vertreten durch Andreas Ried
Volksbank Neu-Ulm e.G. | IBAN: DE72 7306 1191 0001 5461 55 | BIC: GENODEFINU1
Volksbank Ulm-Biberach e.G. | IBAN: DE61 6309 0100 0134 2210 01 | BIC: ULMVDE66

Sepa-Lastschriftmandat



Ich/Wir ermächtigen

Team Bananenflanke Ulm e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von Team Bananenflanke Ulm e.V., Gläubiger – Identifikationsnummer im DE62ZZZ0001911984 auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Mandatsreferenz: _____

Hinweis:

Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift

Team Bananenflanke Ulm e.V. | Neue Gasse 20 | 89077 Ulm
Mail: ulm@team-bananenflanke.de | Web: www.team-bananenflanke.de/ulm
Amtsgericht Ulm VR 720793 | Vertreten durch Andreas Ried
Volksbank Neu-Ulm e.G. | IBAN: DE72 7306 1191 0001 5461 55 | BIC: GENODEFINU1
Volksbank Ulm-Biberach e.G. | IBAN: DE61 6309 0100 0134 2210 01 | BIC: ULMVDE66

Medizinisches Datenblatt

Team Bananenflanke Ulm



Eingangsdatum: _____

Angaben zum Kind		Angaben zu Eltern / gesetzl. Betreuer		
			Mutter	Vater
Name		Name		
Vorname		Vorname		
Geburtsdatum		Adresse		
Krankenversicherung				
Versicherungsnummer		Telefon privat		
Schwerbehindertenausweis	vorhanden ☐ ja ☐ nein	Telefon dienstlich		
	Grad der Behinderung _____	Handy		
	Markenzeichen _____			

Diagnose / Erkrankung / Behinderung / Operationen	
➤	➤
➤	➤
➤	➤
➤	➤
➤	➤

Medikation (Dauermedikation und Dosierung eintragen!)				
Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

Allergien / Unverträglichkeiten	
➤	➤
➤	➤
➤	➤

Wichtige Hinweise für Notarztbehandlungen z.B. bei Unfall	
➤	➤
➤	➤
➤	➤

Notfallplan (z.B. auf Grund von Erkrankungen wie bspw. Epilepsie, Asthma, Diabetes)		
Art des Notfalls		
Wie äußert sich der Notfall?		
Ist im Notfall ein Medikament zu verabreichen?		☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welches?		
In welcher Dosierung?		
Weitere Maßnahmen: Welche müssen ergriffen werden (Lagerung, Nachdosierung, Notarzt?)		
Was tun, wenn erste Notfallmaßnahmen nicht hinreichend wirken? (z.B. Nachdosierung: Welche Dosis? Nach welcher Dauer?)		
Anzeichen für lebensbedrohliche Notfallsituation		
Ab wann ist der Notarzt zu rufen?		☐ sofort ☐ immer ☐ nach _____ Minuten
Information der Eltern / gesetzl. Betreuer nach Notfall Wie möchten Sie als Eltern / Betreuer informiert werden ? (sofort telefonisch, schriftlich, nur bei schweren Anfällen)		
Nach der Notfallsituation: Was ist zu berücksichtigen ? (ruhen lassen, beobachten, Kind 1:1 in geschütztem Rahmen betreuen, abseits des Gruppengeschehens abholen lassen, ...)		
Hausarzt		
Name	Anschrift	Telefon

Ich verpflichte mich, bei Veränderungen der medizinischen Situation meines Kindes
– insbesondere neue Erkrankungen, Dauermedikation, Notfallmedikation den
 Verein anhand eines neuen Medizinischen Datenblattes zu informieren.

Datum

Unterschrift/en der Eltern / Betreuer

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes
 (nur nötig bei med. Maßnahmen / Medikamentenverordnung)