



**Schützenbruderschaft St. Maria Königin 1985  
Sankt Augustin-Ort e.V.**



An die  
Schützenbruderschaft  
St. Maria Königin 1985 Sankt Augustin-Ort e.V.  
z. Hd. Herrn Franz-Georg Schmitz – Geschäftsführer --  
Hammstr. 13  
53757 Sankt Augustin

Verteiler:  
 Brudermeister  
 Geschäftsführer  
 Schatzmeister  
 Jungschützenmeister  
 Kommandeur  
 Schießmeister

**Aufnahmeantrag – Jugend –**

Unter Anerkennung der Satzung der Bruderschaft beantrage ich hiermit die Aufnahme in die Schützenbruderschaft St. Maria Königin 1985 Sankt Augustin-Ort e.V.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Anschrift: Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

- Ich möchte nicht aktiv am Schießsport teilnehmen.  
 Ich möchte aktiv am Schießsport teilnehmen.  
Zur Ausstellung eines Mitgliedsausweises füge ich ein Passbild bei.

Mit der Speicherung dieser Daten bin ich einverstanden. Eine gewerbliche Weitergabe der Daten ist untersagt. Ich bin darüber informiert, dass über den Aufnahmeantrag in der Vorstandssitzung entschieden wird und ich über das Ergebnis schriftlich informiert werde.

Sankt Augustin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Zustimmung der Eltern bei Minderjährigen**

Ich gebe mein Einverständnis, dass meine Tochter/ mein Sohn \_\_\_\_\_ in die Schützenbruderschaft St. Maria Königin 1985 Sankt Augustin-Ort e.V. aufgenommen wird. Ich bin damit einverstanden, dass das o. a. Kind, nach Vollendung des 12. Lebensjahres mit dem Luftgewehr und/oder Luftpistole schießen darf.

**Meinem Kind können nach Vollendung des 16. Lebensjahres alkoholische Getränke in geringen Mengen  
ausgeschenkt werden:  Ja  Nein**

Ich bin darüber informiert, dass ich den Transport meines Kindes zum/ vom Schützenhaus selbst zu regeln habe.

Sankt Augustin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Elternteils/ gesetzlichen Vertreters

**Einzugsermächtigung**

Die Schützenbruderschaft St. Maria Königin 1985 Sankt Augustin-Ort e.V. wird bis auf Widerruf ermächtigt, den jährlichen Beitrag in einem Betrag (meist zum 01.04. eines Jahres) von dem genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Der Mitgliedsbeitrag bis zum 19. Lebensjahr beträgt 11,00 € jährlich.

Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

Name und Sitz der Bank/ Kasse: \_\_\_\_\_

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Begleichung der Forderung.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Aufgenommen in Vorstandssitzung Nr. \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_