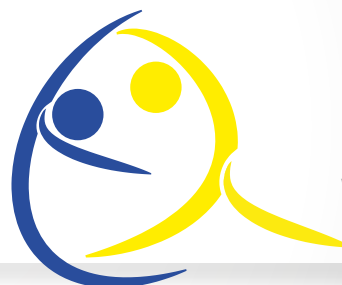


TOP FIT

Tanz & Aerobic



Beuneweg 15
35315 Homberg (Ohm)
Tel. 06633 - 642715
info@topfit-homberg.de
www.topfit-homberg.de

Anmeldung zum Judounterricht

Name des Teilnehmers

Geburtsdatum

Strasse

PLZ/ ORT

Telefon

Monatsbeitrag: _____

Der Erziehungsberechtigte akzeptiert im Rahmen dieser Anmeldung folgende vertragliche Vereinbarung zwischen:

TOP FIT GbR und

_____ Name des Erziehungsberechtigten

Der Teilnehmer erwirbt das Recht zur Teilnahme am Judounterricht ab Vertragsabschluss.

Der Unterricht findet wöchentlich statt und beträgt ca. 60 Minuten pro Unterrichtsstunde.

Der Vertrag läuft auf unbestimmte Zeit und kann bis zum 20. eines jeden Monats, zum Ablauf des nächsten Monats gekündigt oder geändert werden.

Der Erziehungsberechtigte ist verpflichtet eine Kündigung schriftlich mitzuteilen. Eine Änderung kann mündlich erfolgen.

Die Unterrichtsgebühr beträgt 24,50 Euro monatlich bei einer Wochenstunde.

Während den gesetzlichen Ferien und an Feiertagen findet kein Unterricht statt.

Besondere Regelungen gelten für Teilnehmer aus einem Haushalt, dann beträgt die monatliche Unterrichtsgebühr pro Person 22,50 Euro. Fällt ausnahmsweise eine Stunde seitens der Trainingsleitung oder wegen geringer Beteiligung aus, kann der Monatsbeitrag nicht gekürzt oder zurückgefordert werden.

Ist der Teilnehmer durch Urlaub oder Sonstiges verhindert, ist er nicht berechtigt den Monatsbeitrag zu kürzen oder zurückzufordern.

Der Erziehungsberechtigte erklärt außerdem, dass ihm keine gesundheitlichen Umstände bekannt sind, auf Grund derer gymnastische Übungen ein Risiko für das teilnehmende Kind bedeuten könnte. Den Umfang der Teilnahme an den einzelnen Übungen bestimmt jedes Kind selbst.

Für evtl. Verluste, Unfälle od. Verletzungen, für die der Judounterricht nicht verantwortlich war, ist eine Haftung ausgeschlossen. Der Vertrag ist nicht auf andere Personen übertragbar.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

SEPA Lastschriftmandat: Ich ermächtige die TOP FIT GbR, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der TOP FIT GbR auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des Belasteten Betrages Verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

_____ Name des Kreditinstituts

_____ / _____ BIC

DE ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ IBAN

_____ Datum, Ort und Unterschrift