



Walldorf e.V.

## Anmeldeformular zur Mitgliedschaft

Aktiv

Passiv

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

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

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

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

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz: \_\_\_\_\_

Telefon Mobil: \_\_\_\_\_

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

Jahresbeitrag aktiv 72€ / passiv 36€

Jugendliche unter 18 Jahren sind Beitragsfrei

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter