



Akademischer Sportverband Zürich

ETH Zürich

8092 Zürich

044 632 42 10

info@asvz.ch

Genehmigungserklärung für Jugendliche unter 18 Jahren

Ich genehmige als gesetzliche Vertretung meines minderjährigen Kindes mein Einverständnis zu den folgenden Punkten:

1. Ich stimme den allgemeinen Vertragsbedingungen für [ASVZ-Membership](#) zu.
2. Ich bin mir der Risiken und der Verantwortung bewusst und übernehme die Haftung für mein minderjähriges Kind bei der Teilnahme an den Angeboten des ASVZ.

Für das individuelle (Fitness-) Training empfehlen wir den Besuch einer [Fitnessberatung](#).

Angaben Jugendliche Person

Vorname _____

Nachname _____

Angaben gesetzliche Vertretung

Vorname _____

Nachname _____

Strasse und Nr. _____

PLZ/Ort _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____