

**LC Luzern**  
Postfach 3211  
6002 Luzern

[www.lcluzern.ch](http://www.lcluzern.ch)  
[geschaeftsstelle@lcluzern.ch](mailto:geschaeftsstelle@lcluzern.ch)

## Antrag auf Mitgliedschaft

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

Geschlecht:  m  w Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

**Ich bin bzw. war bereits Mitglied eines Vereines, der Swiss Athletics angeschlossen ist:**

Ja  Nein Wenn ja, Verein: \_\_\_\_\_

Lizenznummer: \_\_\_\_\_

### Korrespondenzadresse

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_

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

### Kategorien und Jahresbeiträge

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aktive/ U23    | Fr. 300.-                |
| <input type="checkbox"/> U20            | Fr. 250.-                |
| <input type="checkbox"/> U18            | Fr. 200.-                |
| <input type="checkbox"/> U16            | Fr. 200.-                |
| <input type="checkbox"/> U14            | Fr. 180.- (inkl. Lizenz) |
| <input type="checkbox"/> U12            | Fr. 180.- (inkl. Lizenz) |
| <input type="checkbox"/> U10            | Fr. 150.-                |
| <input type="checkbox"/> Senior         | Fr. 150.-                |
| <input type="checkbox"/> Breitensport   | Fr. 120.-                |
| <input type="checkbox"/> Passivmitglied | Fr. 50.-                 |

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen ist das Antragsformular durch eine erziehungsberechtigte Person zu unterzeichnen.

**Für alle Kategorien bis und mit U18 auszufüllen.**

Damit wir Ihr Kind während des Trainings und anlässlich von Wettkämpfen optimal betreuen können, bitten wir Sie, die untenstehenden Notfallhinweise auszufüllen.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt! Sollte sich im Laufe der Zeit eine Veränderung einstellen, dann teilen Sie uns dies bitte unbedingt mit!

Für Ihr Vertrauen danken wir Ihnen herzlich und freuen uns auf viele tolle Erlebnisse.

**Notfallhinweise**

Allergien: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Krankheit: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Kontaktperson bei einem Notfall (Name und Telefonnummer)**

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_