



A U S T R I T T

Mitgliedsnummer (nicht ausfüllen)

Vorname:	Nachname:
----------	-----------

Strasse:	PLZ/Ort:
----------	----------

Datum: Unterschrift:.....

Unterschrift Präsident/in:

Unterschrift Eltern (*unter/bis 18. Lebensjahr*):

SGSV-FSSS Austritt (Kündigung):

- Per Ende November des laufenden Jahres kündigen
- Unterschrift Präsident/in (Verein)

Für Fragen wenden Sie sich bitte an den Schweiz. Gehörlosen Sportverband, Geschäftsstelle Zürich
Telescrit: 044/312.13.90, Fax: 044/312.12.58, E-Mail: info@sgsv-fsss.ch

Bitte ausgefüllt senden an: Schweiz. Gehörlosen Sportverband, Oerlikonerstrasse 98, 8057 Zürich