



BITTE GUT LESERLICH IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!

Bitte ankreuzen: **ERSTMALIGER ANTRAG** **FOLGEANTRAG**

Bitte ankreuzen: **Sportlerlizenzkarte vorhanden** **Sportlerlizenzkarte nicht vorhanden**

PASSFOTO: Bei erstmaligem Antrag ist ein **Passfoto** (benannt: Vor- und Zuname) im jpg-Format per E-Mail zu senden an: soo-schladming@specialolympics.at

ATHLET/IN

Anrede:
Vorname:
Zuname:

GESETZLICHE/R VERTRETER/IN

Anrede:
Vorname:
Zuname:

ADRESSDATEN: ATHLET/IN

Bitte ankreuzen: Privat oder Institution
Name der Institution:
Straße:
Hausnr.:
PLZ:
Ort:
Bundesland:
Mobil/Tel.:
E-Mail:

GESETZLICHE/R VERTRETER/IN

Straße:
Hausnr.:
PLZ:
Ort:
Bundesland:
Mobil/Tel.:
E-Mail:

GEBURTSDATEN ATHLET/IN:

Bitte ankreuzen: Geschlecht: weiblich männlich Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ): Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

.....
Ort, Datum, Unterschrift Athlet/in*

.....
Ort, Datum, Unterschrift Gesetzl. Vertreter/in */**

*Ich bin mit der Aufzeichnung meiner Daten unter Berücksichtigung des Datenschutzes einverstanden.
**Einverständnis gilt bis auf Widerruf des gesetzlichen Vertreters.

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG ÜBER SPORTTAUGLICHKEIT (vom Arzt auszufüllen)

Sporttauglich eingeschränkt sportfähig* nicht sporttauglich

*Anmerkung:

.....
Stempel des Arztes

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Arztes

Das **vollständig ausgefüllte** und von Athlet/in, gesetzl. Vertreter/in **unterfertigte** und ärztl. bestätigte Antragsformular ist per Post, Fax oder E-Mail zu senden an:

Special Olympics Österreich

Ramsauerstraße 129, 8970 Schladming, Österreich
Tel +43 (0)3687 23 358 Fax +43 (0)3687 23 859 www.specialolympics.at
Email soo-schladming@specialolympics.at **ZVR-Zahl** 540195015

Created by the Joseph P. Kennedy Jr. Foundation for the benefit of persons with intellectual disabilities.

