

Doris Kretzschmar, TREFFPUNKT
Gnesenerstr. 83, 70374 Stuttgart
Tel.: 0711 95454451, Mobil:0157 55921828
Fax: 0711 95454 38
E-Mail: d.kretzschmar@caritas-stuttgart.de

**Special
Olympics**
Baden-Württemberg



Formblatt A

Registrierung
DELEGATION

3. Basketballturnier in Stuttgart 2017

(Name der Institution/Einrichtung) (Mitgliedsnummer)

(Straße) (PLZ, Ort, Bundesland)

(Delegationsleiter) (E-Mail-Adresse Delegationsleiter)

(Telefonnummer mit Vorwahl und Fax) (Mobilnummer Delegationsleiter)

Unsere Delegation meldet sich mit der folgenden Teilnehmerzahl an:

Anzahl Athleten männlich: _____

Anzahl Athleten weiblich: _____

Anzahl Coaches: _____

Anzahl Teilnehmer gesamt: _____

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift/Stempel der Einrichtung

Doris Kretzschmar, TREFFPUNKT
Gnesenerstr. 83, 70374 Stuttgart
Tel.: 0711 95454451, Mobil:0157 55921828
Fax: 0711 95454 38
E-Mail: d.kretzschmar@caritas-stuttgart.de

**Special
Olympics**
Baden-Württemberg



Formblatt B

Registrierung

3. Basketballturnier in Stuttgart 2017

Mannschaftsmeldebogen / Namen der Einrichtung: _____

Nr.	Name, Vorname	Trikotnr.	Athlet	Unifiedpartner
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
E.				

Trikotfarbe:

Traditional : Damen Herren Mix

Unified : Damen Herren Mix

Die Gesamtzahl aller Personen (Sportler und Betreuer) beträgt:____

Davon Anzahl nur Sportler:____

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift/Stempel der Einrichtung

Doris Kretzschmar, TREFFPUNKT
Gnesenerstr. 83, 70374 Stuttgart
Tel.: 0711 95454451, Mobil:0157 55921828
Fax: 0711 95454 38
E-Mail: d.kretzschmar@caritas-stuttgart.de

**Special
Olympics**
Baden-Württemberg



Formblatt C

MEDIZINISCHES FORMBLATT/EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

(Basketballturnier in Stuttgart)

(Name der Institution/Einrichtung)

(Straße)

(PLZ, Ort, Bundesland)

(Telefonnummer mit Vorwahl und Fax)

(Mobilnummer)

(Delegationsleiter)

(E-Mail-Adresse)

Bestätigung

Hiermit bestätigen wir, dass eine Einverständniserklärung der Eltern/ Betreuer aller Teilnehmer, die zu der (Name der Veranstaltung) gemeldet wurden, vorliegt. Des Weiteren bestätigen wir, dass für jeden einzelnen unserer Teilnehmer eine ärztliche Sporteignungserklärung vorliegt.

Folgende Aspekte sollten aus ärztlicher Sicht berücksichtigt worden sein:

- Herz-Kreislauf- oder Lungen-Erkrankungen
- Diabetes
- Nierenerkrankungen
- Störungen der Wirbelsäulenfunktion
(z. B. atlanto-axiale Instabilität, insbesondere bei Menschen mit Down Syndrom)
- Störungen der Gelenks- oder Muskelfunktion
- Seh- oder Hörstörung
- Allergie, Nahrungsmittel-Unverträglichkeit

Wir bestätigen, dass für Athleten mit atlanto-axialer Instabilität für die Teilnahme an nicht erlaubten Sportarten und Disziplinen ein schriftlicher Antrag beim Veranstalter eingereicht und bestätigt worden ist.

Ein Impfpass (insbesondere Schutz gegen Tetanus/ Hepatitis) sowie die (Notfall-) Medikation sollte mitgeführt werden.

Wir bestätigen hiermit, dass ein Versicherungsschutz aller Teilnehmer, die zu der (Name der Veranstaltung) gemeldet wurden, besteht.

Außerdem bestätigen wir die Rechteübertragung zur Veröffentlichung und weiteren Verbreitung der geschossenen Fotos an Special Olympics Deutschland e. V.

Ort, Datum

Stempel/ Unterschrift der Einrichtung