



Name und Datum der Veranstaltung laut Ausschreibung:

\_\_\_\_\_

(Name der Institution/Einrichtung)

\_\_\_\_\_

(Mitgliedsnummer)

\_\_\_\_\_

(Straße)

\_\_\_\_\_

(PLZ, Ort, Bundesland)

\_\_\_\_\_

(Delegationsleiter)

\_\_\_\_\_

(E-Mail-Adresse Delegationsleiter)

\_\_\_\_\_

(Mobilnummer Delegationsleiter)

**Unsere Delegation bewirbt sich mit der folgenden Teilnehmerzahl:**

Anzahl Athleten:

Anzahl Unified-Partner:

Anzahl Trainer und Betreuer:

Anzahl Fans/ Begleitpersonen:

(falls diese an der gemeinsamen Mittagsverpflegung teilnehmen möchten, müssen diese hier angegeben werden. Die Kosten werden mit der Delegationsrechnung eingefordert)

Gesamt:

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift

Gesundheitspartner



Sponsor





Name und Datum der Veranstaltung laut Ausschreibung:

---

(Name der Institution/Einrichtung)

---

(Straße)

(PLZ, Ort, Bundesland)

---

(E-Mail-Adresse)

(Mobilnummer)

---

(Delegationsleiter)

**(Medizinische) Einverständniserklärung:**

Hiermit bestätigen wir, dass eine Einverständniserklärung der Eltern/Betreuer aller Teilnehmer, zur obengenannten Veranstaltung gemeldet wurden, vorliegt. Des Weiteren bestätigen wir, dass für jeden einzelnen unserer Teilnehmer eine ärztliche Sparteignungserklärung vorliegt.

Sollte bei Athleten eine atlanto-axiale Instabilität (vorwiegend bei Menschen mit Down- Syndrom) oder der Verdacht darauf vorliegen, ist ein Facharzt zur Bestätigung der Sparteignung in der entsprechenden Sportart zu konsultieren.

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

Wir bestätigen hiermit, dass ein Versicherungsschutz aller Teilnehmer, die gemeldet wurden, besteht.

Mit der Unterschrift bestätigen wir, dass die Teilnahmebedingungen zu SOBW Veranstaltungen akzeptiert werden.

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift

Gesundheitspartner



Sponsor

