



Schneeschuhschuhlauf-Trainingstag 24.10.2021

\_\_\_\_\_  
(Name der Institution/Einrichtung)\_\_\_\_\_  
(Mitgliedsnummer)\_\_\_\_\_  
(Straße)\_\_\_\_\_  
(PLZ, Ort, Bundesland)\_\_\_\_\_  
(Delegationsleiter)\_\_\_\_\_  
(E-Mail-Adresse Delegationsleiter)\_\_\_\_\_  
(Mobilnummer Delegationsleiter)Rechnungsadresse (falls abweichend):\_\_\_\_\_  
(Name)\_\_\_\_\_  
(Adresse)\_\_\_\_\_  
(Ansprechpartner)\_\_\_\_\_  
(PLZ, Ort)**Unsere Delegation bewirbt sich mit der folgenden Teilnehmerzahl:**

Anzahl Athleten (max. 12): \_\_\_\_\_

Anzahl Coaches und Betreuer: \_\_\_\_\_

**(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 Sporteignungserklärung 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 Sporteignung 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/Stempel der Einrichtung

Gesundheitspartner



Sponsor

