

Formblatt A

-----  
Registrierung Delegation/Mannschaft

## 1. Special Olympics Bowling-Aktionstag in Hamm

---

(Name der Institution/Einrichtung)

(Mitgliedsnummer)

---

(Straße)

(PLZ, Ort, Bundesland)

---

(Delegationsleiter)

(E-Mail-Adresse Delegationsleiter)

---

(Telefonnummer mit Vorwahl und Fax)

(Mobilnummer Delegationsleiter)

Mitglied bei Special Olympics

ja

nein

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

Anzahl Athleten: \_\_\_\_\_

Anzahl Trainer: \_\_\_\_\_

Anzahl Teilnehmer gesamt: \_\_\_\_\_

### Anmeldung zu folgenden Angeboten

Trainingstag nach SO-Regeln (09:30 – 15:00)

Schnupperkurs (09:30 – 13:00)

Bemerkung: \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

---

rechtsverbindliche Unterschrift/Stempel der Einrichtung

Formblatt C

-----  
MEDIZINISCHES FORMBLATT/EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

## 1. Special Olympics Bowling-Aktionstag in Hamm

---

(Name der Institution/Einrichtung)

---

(Straße)

(PLZ, Ort, Bundesland)

---

(Telefonnummer mit Vorwahl und Fax)

(Mobilnummer)

---

(Headcoach)

(E-Mail-Adresse)

### Bestätigung

Hiermit bestätigen wir, dass eine Einverständniserklärung der Eltern/ Betreuer aller Teilnehmer, die zum **1. Special Olympics Bowling-Aktionstag in Hamm** gemeldet wurden, vorliegt. Des Weiteren bestätigen wir, dass für jeden einzelnen unserer Teilnehmer eine ärztliche Sparteignungserklärung 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 zum **1. Special Olympics Aktionstag in Hamm** gemeldet wurden, besteht.

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

---

Ort, Datum

---

Stempel/ Unterschrift der Einrichtung